

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

863

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph GURTLER

Né le 11 Décembre 1910, à CERNANTI (Roumanie)

DE L'ONANISME
AU DÉLIRE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph GURTLER

Né le 11 Décembre 1910, à CERNANTI (Roumanie)

DE L'ONANISME
AU DÉLIRE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1936

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIÈRE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TUJFNEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER.
Clinique médicale		Maur. VILLARET.
		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale		CUNEO.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique		GREGOIRE.
Clinique urologique		LENORMANT.
		TERRIEN.
Clinique d'accouchements		MARION.
		BRINDEAU.
Clinique gynécologique		COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		JEANNIN.
Clinique thérapeutique médicale		MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		RATHERY.
Clinique propédeutique		LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose		Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		SERGENT.
Cardiologie clinique		BEZANÇON.
		MATHIEU.
		LAUBRY.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE..... Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY..... Pathologie médicale.	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.	DE GENNES... Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.	GAYET..... Physiologie.
BESANÇON (J.) Hydrologie.	GIROUD..... Histologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.	HAGUENAU... Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.	HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
CATHALA..... Pathologie médicale.	HAZARD..... Pharmacologie.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	HUGUENIN... Anatomie pathologique
COSTE..... Pathologie médicale.	JOANNON..... Hygiène.
DOGNON..... Physique.	LABBÉ Henri.. Chimie biologique
FEY..... Urologie.	LACOMME..... Obstétrique.
FUNCK	LANTUEJOUL.. Obstétrique.
BRENTANO Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy. Pathologie médicale
GAILLIARD... Parasitologie.	LELONG..... Pathologie médicale.
GASTINEL.... Bactériologie.	



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Ophtalmologie.
RENARD (L.).	Physiologie.
RICHET	Obstétrique.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. -- Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. -- Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
VALLÉRY-RADOT		
(Pasteur).		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale	
VELTER		
ECALLE		
GUENIOT		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. -- Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.....	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

Bien faible témoignage de gratitude
pour leurs multiples sacrifices.

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MA BELLE-MERE

En témoignage d'affection et grati-
tude.

A MA FEMME ADOREE

Qui a su, par sa douceur et sa ten-
dresse, adoucir bien des moments dif-
ficiles.

A MES FRERES ET A MA SOEUR

A MON BEAU-FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
cette thèse. Hommage de respectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
J. LEVY-VALENSI

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Homages de respectueuse reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET AMI
MONSIEUR LE DOCTEUR DANIEL LAGACHE

Chef de Clinique des Maladies Mentales
Médecin de l'Asile-Clinique Sainte-Anne

Qui, après nous avoir inspiré cette thèse, a bien voulu nous aider de ses précieux conseils. Qu'il trouve ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE TOULOUSE ET DE PARIS

DE L'ONANISME AU DÉLIRE

CHAPITRE PREMIER

ETUDE HISTORIQUE

1° La tradition de l'onanisme « Croquemitaine »

Si l'on ouvre aujourd'hui un ouvrage de « vulgarisation médicale » on y trouve, sous l'article « masturbation » un tableau très poussé au noir de ses funestes effets. On y décrit des effets génitaux, tels que l'impuissance, la spermatorrhée, la déminéralisation ; des effets généraux, tels que l'amaigrissement, la pré-tuberculose, des stigmates physiques de toute sorte et surtout des effets psychiques, allant de l'obsession jusqu'au délire et en passant par tous les stades intermédiaires de la « folie ». Il y a là une conception qui correspond à une tradition qui a été établie, et solidement, par la fameuse dissertation de Tissot. Les méfaits de cette conception, considérée comme la seule orthodoxe pendant longtemps et dont les derniers effets se font encore sentir (tellement elle est bien enracinée) dans ces fameuses publications populaires répandues surtout dans les campagnes, ne se comptent plus, comme nous allons le démontrer au cours de cet ouvrage.

On fait remonter à HIPPOCRATE la première mention des désordres qu'entraîne l'abus des plaisirs vénériens : « la phthisie dorsale vient de la moelle, elle attaque

principalement les nouveaux mariés et les gens adonnés aux plaisirs vénériens ». Mais ces lignes d'HIPPOCRATE se rapportent uniquement à l'abus du coït ; elles n'ont rien à faire ici.

GALIEN hasarde quelques théories sur la continence. C'est là ce qui suffit à défrayer les commentaires du Moyen Age qui, eux aussi, n'envisagèrent guère que l'un des éléments de la question, celui des excès.

Au XVIII^e siècle seulement l'onanisme prend une importance considérable. Un livre, intitulé « Onania », dû à un Anglais du nom de BEKKERS, et traduit en allemand par BOERNE, avait eu un retentissement énorme.

Tissot s'inspira de cet ouvrage quand il écrivit son *Traité de l'Onanisme* (1760), et cependant voici en quels termes il juge son modèle : « C'est un vrai chaos, l'ouvrage le plus indigeste qui se soit écrit depuis longtemps. On ne peut lire que les observations ; toutes les réflexions de l'auteur ne sont que des trivialités théologiques et morales ». L'ouvrage de Tissot parut d'abord en latin ; l'auteur lui-même le traduisit plus tard en français (1764). Nous avons peine à nous expliquer l'influence prodigieuse que ce livre a eue, non seulement sur le public, mais encore sur les médecins de son temps et même jusqu'à nos jours. Ecrit dans ce style déclamatoire que ROUSSEAU avait mis à la mode et qui donne le ton à la littérature de l'époque, le traité sur l'onanisme est empreint d'une exagération qui fait sourire. Si l'on admire la bonne foi et les excellentes intentions de l'auteur, on reste stupéfait devant la candeur naïve avec laquelle il accueille les faits les plus disparates. Dans son ardeur à combattre l'onanisme, il a perdu tout esprit de critique. Il a fait de la masturbation un croquemitaine énorme qui, pendant plus d'un siècle, eut une triste influence sur

l'opinion médicale et sur les jeunes gens ignorants et sensibles, et ce n'est que pendant ces quarante dernières années, grâce aux efforts de plusieurs médecins distingués, que l'on a réussi à démolir peu à peu ce croquemitaine.

Nous reproduisons ci-après l'opinion des psychiatres des XVIII^e et XIX^e siècles, qui est encore fortement influencée et même dominée par l'ouvrage de Tissot ; comme on se rendra facilement compte, l'erreur de ces auteurs consiste essentiellement en une fausse interprétation étiologique de signes qui existent indubitablement (malgré, parfois, une petite tendance à l'exagération), signes qui traduisent plutôt un état d'âme dû à un sentiment de culpabilité qu'un état somatique qui serait la conséquence directe et organique des pratiques solitaires.

Ainsi JOZAN, dans son ouvrage « *D'une cause fréquente et peu connue de l'épuisement prématuré* » (1861) décrit un véritable syndrome d'épuisement dû à la masturbation.

Symptômes généraux. — Il y a surtout des troubles des systèmes nerveux et digestif. Le malade « ruine sa santé et dégrade son intelligence ».

« Les pertes séminales, l'onanisme, les excès vénériens ont pour effet primitif de troubler et d'affaiblir les fonctions du système nerveux, sans provoquer aucun désordre organique appréciable. » Ces effets sont variables selon les individus. Ils portent sur :

- 1° les facultés intellectuelles et affectives ;
- 2° les mouvements et la sensibilité générale ;
- 3° les fonctions organiques.

LESIONS QUI SE CONCENTRENT DANS LA VIE MORALE OU ENCEPHALIQUE

On peut les subdiviser en :

1° LÉSIONS DES FACULTÉS EXPRESSIVES : qui changent la physionomie et les principaux traits du visage :

- teint pâle et plombé ;
- œil creusé cerné, sans expression ni éclat ;
- regard incertain, timide, égaré ;
- pupilles plus ou moins dilatées ;
- joues tombantes ;
- bouche entr'ouverte ;
- lèvres pendantes et décolorées ;
- visage sérieux et contraint ;
- front crispé et couvert de boutons rouges et pointus (papules et pustules).

« On dirait que l'âme a conscience de la honte et de la misère du corps et qu'elle n'a plus ni expression, ni langage. »

2° CHANGEMENT DE L'HABITUS EXTÉRIEUR : poses, mouvements, démarche :

— Les malades montrent de l'hésitation dans tous leurs mouvements. Ils aiment la solitude et l'inaction, atonie.

— Paralysie et rétractilité plus prononcées dans les membres inférieurs. Entre les deux il y a des nuances.

— La faiblesse des muscles peut simuler le tremblement mercuriel des peintres ou le delirium tremens. Tous ces troubles se trouvent surtout chez les femmes et chez les enfants impubères. Le désordre nerveux prédominant sur la faiblesse réelle, ces troubles sont donc plus communs dans le premier âge et chez la

femme. Chez les enfants impubères ces troubles peuvent prendre la forme clinique de la chorée ou de l'épilepsie.

3° LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ.

Certaines régions de la peau n'ont pas leur sensibilité normale. Le tact et le toucher sont obtus. Ordinairement cette anesthésie change chaque jour de siège et d'intensité. Chez certains malades il y a anesthésie complète, on peut les brûler, pincer, etc... Chez d'autres la sensibilité se pervertit. Sensation de chaleur ou de froid. Souvent les troubles de la sensibilité sont de véritables douleurs, qui parfois simulent les rhumatismes ; elles siègent souvent dans la région du rein.

Sens spéciaux. — *OEil* : trouble, terni, il perd son expression ; le regard devient hébété. La rétine perd progressivement sa sensibilité, la pupille se dilatera de plus en plus. Diplopie, mouches volantes ; ces troubles peuvent même aller jusqu'à la cécité locale partielle.

— Il y a aussi des maux de tête intenses, des bourdonnements d'oreille, des nausées, des défaillances, quelquefois de vraies syncopes.

— Tremblement spasmodique de la paupière supérieure.

Ouïe :

— Surdité, bourdonnements d'oreille, bruits discordants.

Sens du goût et de l'odorat : pas de phénomènes.

Fonctions cérébrales : Insomnie, torpeurs, somnolence diurne. Cauchemars.

— Pensées de suicide.

— Douleurs de tête.

— Apoplexie sanguine.

— Attaques de congestion se rapprochant à mesure que la faiblesse fait des progrès.

— Enfin, l'atteinte portée au cerveau abrutit l'esprit du malade et pervertit son caractère.

L'affaiblissement des fonctions céphaliques précède et accompagne toujours la perversion. Cette lésion complexe est invariable dans tous les organes. Le trouble et l'affaiblissement des facultés élémentaires de l'intelligence, de l'attention, de la mémoire et du jugement suivent tous les progrès du mal et mènent à l'idiotisme et à la démence ; de même la même atteinte, portée aux forces morales de l'encéphale, conduit à l'hypocondrie, à la monomanie et souvent au suicide.

Il est permis de croire que la dégradation des facultés intellectuelles et morales de l'homme, connue sous le nom d'hypocondrie, de monomanie, de lypémanie, etc..., est beaucoup plus souvent qu'on ne le pense l'effet des pertes séminales. Tous les auteurs s'accordent à donner comme signe pour cet état :

« Un penchant invincible à la tristesse, une mélancolie, une prostration morale habituelles, une ombrageuse timidité, l'amour du silence et de la solitude : une défiance universelle, poussée jusqu'à la misanthropie la plus sauvage ; des idées sombres, de sinistres prévisions ; une crainte continuelle d'accidents, de malheurs de toute espèce ; la conviction intime d'une ruine ou d'une catastrophe prochaine ; des hallucinations répétées et relatives à des trames de complots de persécutions imaginaires. Un immense ennui, un dégoût profond de la vie, *taedium vitæ*, et principalement une impulsion instinctive et incessante au suicide. »

— *Fréquence* : Pour l'auteur ces troubles sont beaucoup plus rares chez la femme que chez l'hom-

me : 3 femmes pour 50 hommes. Il admet également la rareté relative de la guérison chez l'homme :

— Sur 20 cas d'aliénation mentale, 12 relèvent de cette cause : 8 guérisons ; la manie et la monomanie sont le dernier terme des désordres créés par la masturbation, comme d'ailleurs l'idiotisme, qui est la démence de la faiblesse ; elle est également une cause de la Paralyse Générale.

OBSERVATIONS

I^{re} OBS. — 22 ans, abus d'onanisme. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Cessation de la masturbation. Invasion de pollutions nocturnes fréquentes. Hallucinations spéciales. Manie de se croire affecté de strabisme. Tendance au suicide. Deux cautérisations à un mois de distance. Emploi de toniques et affusions d'eau froide. Cessation de la spermatorrhée. Retour complet de l'intelligence.

II^e OBS. — 19 ans, masturbation acharnée produisant l'idiotisme avec l'apparence de la plus belle santé. Guérison par deux cautérisations superficielles de l'orifice des conduits éjaculateurs du sperme et un traitement tonique. Récidive des actes d'onanisme. Rechute de l'idiotisme. Folie incurable.

III^e OBS. — 19 ans, onanisme provoqué et entretenu par des ascaris dans le rectum.

Constataion de la cause réelle de la spermatorrhée ; disparition des troubles.

Nous trouvons à peu près la même description chez DOURSOUT (De la folie des onanistes. *Thèse*, 1881), avec la symptomatologie suivante :

HABITUS EXTÉRIEUR. — Visage pâle, décoloré, terne, exsangue par suite de la rétraction des capillaires. L'espace intersourcilier et la base du front sont plissés par la contraction des muscles pyramidaux et frontaux. Les sourcils sont saillants, les yeux enfoncés dans

leur orbite. Les pupilles sont dilatées, les yeux cernés, les sillons nasaux-labial creusés profondément, les commissures des lèvres attirées en dehors et en haut ; les traits s'affaissent et se tirent.

Attitude : Ils s'isolent dans les coins, où on les rencontre la tête fléchie en avant ou légèrement inclinée d'un côté ; le cou est grêle et allongé ; la poitrine enfoncée ; les parties génitales très développées et flasques contrastent par leur volume avec la gracilité des autres parties du corps. Leur démarche a quelque chose d'inégal. D'ailleurs tel est le type le plus fréquent. Tous les masturbateurs ne se présentent pas avec ce type d'émaciation, il y a des obèses. C'est surtout chez les masturbateurs arrivés à la démence qu'on rencontre ce dernier type. Chez eux, en effet, il semble que cette accumulation de graisse coïncide avec la disparition des facultés intellectuelles et morales.

Organes des sens : Système nerveux, emblyopie, diplopie, etc... Digestion, circulation, respiration, voies urinaires comme chez JOZAN.

TROUBLES DE LA SPHÈRE INTELLECTUELLE : a) *Perversion des facultés morales et affectives* ; une espèce de folie morale (moral insanity de PRITCHARD) ; c'est là surtout ce qu'on rencontre chez les enfants. Chez eux, en effet, les dérangements de l'esprit constituent plutôt des perversions des instincts, des sentiments et des facultés morales que des types bien caractérisés de la manie et de la monomanie. Par exemple : les crimes commis par des enfants. Sans doute, il ne faudrait pas attribuer à la masturbation tous les crimes du jeune âge ; mais, après l'hérédité, l'onanisme est la plus puissante cause de folie chez les enfants.

b) *Il y a des formes hypocondriaques*, forme rare ;

c) Assez fréquemment idées de suicide, de persécu-

tion ; mais le plus souvent ces idées de suicide sont fugaces. De même les idées de persécution.

d) Quant aux deux grandes vésanies (manie et lypémanie) qui à elles seules se partagent presque la moitié de la population des asiles d'aliénés, elles se présentent très rarement chez les masturbateurs avec leur type véritable. Ils peuvent bien avoir des accès de colère ou des emportements plus ou moins violents, mais on ne rencontre jamais chez ces aliénés cette agitation générale, ces mouvements désordonnés, cette loquacité intarissable, cette incohérence dans les actes et les paroles, qui caractérisent la manie franche. La lypémanie des onanistes est une lypémanie sans délire, la mélancolie des gens du monde. Néanmoins la manie et la lypémanie peuvent se rencontrer quelquefois, surtout chez les enfants et les femmes.

Les troubles psychiques qui surviennent le plus souvent à la suite de la masturbation poussée à l'excès, ceux dont l'ensemble mérite le nom de folie onanistique, consistent en un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, morales et affectives, de manière à constituer en quelque sorte une polydémence.

Facultés morales et affectives : Sens moral et sentiments affectifs sont pervertis ou éteints. Les sujets les plus doux, les plus aimants deviennent irritables, brusques, injustes même envers les personnes auxquelles ils sont attachés par les liens du sang. Ils ne mettent plus aucune réserve dans leurs manières, comme dans leurs actes. Incapables d'aimer, ils ne souffrent pas davantage qu'on les aime. Ils détestent le coït normal. Cette aversion peut exister aussi chez les gens mariés, mais ces aberrations du sens génital ne se rencontrent pas toujours et ne sont pas aussi prononcées chez tous ceux qui sont atteints de folie onanistique.

Mémoire : Diminution chez tous les masturbateurs et à plus forte raison chez ceux qui sont aliénés. Cependant c'est plutôt une suspension de la mémoire qu'une véritable abolition de cette faculté.

Intelligence : Elle disparaît en même temps que les autres facultés. La détérioration intellectuelle s'annonce par de l'inaptitude au travail, par de l'hésitation dans les paroles comme dans les actes. La pensée est lente, confuse, l'association des idées devient difficile, puis tout à fait impossible. La locution est lente; ils ne répondent que par monosyllabes. Ils ne peuvent plus comprendre ce qu'on leur dit. Incapables de prendre une détermination quelconque, ils ne demandent rien, n'exigent rien ; ils sont tombés pour ainsi dire dans une espèce de nullité intellectuelle qui se traduit du reste sur leur physionomie niaise ou immobile.

Les troubles de l'intelligence débutent brusquement, par exemple chez les sujets nerveux, à la suite de trop fréquentes masturbations ; mais le plus souvent les conceptions délirantes apparaissent d'une manière insensible, soit qu'elles précèdent, accompagnent ou suivent les désordres somatiques. Une fois déclarée, la folie onanistique passe rapidement à l'état chronique si la cause ne parvient pas à être supprimée. La durée et la terminaison sont subordonnées à la persistance de la cause.

Étiologie : Il y a des causes physiques, mécaniques, morales, intellectuelles et sociales. La cause principale est la prédominance du système nerveux sur les autres appareils de l'économie. Il en est ainsi chez les enfants d'une sensibilité nerveuse excessive, soit qu'ils l'aient reçue en partage de la nature, soit qu'elle résulte de l'éducation première.

Citons aussi les individus à tempérament génital

(sujets nerveux), dont l'appareil de génération est tellement développé au dépens des autres parties de l'organisme, qu'il peut devenir un centre d'action vers lequel se portent toutes les forces vitales. A côté de ces causes prédisposantes, pour ainsi dire physiologiques, il y a les causes pathologiques, telles que l'herpès, l'arthritisme, la scrofule, la lèpre et les affections parasitaires, telles que la gale et surtout les oxyures.

Les effets de la masturbation sur l'organisme sont surtout dus à la spermatorrhée. L'auteur critique TISSOT: « Nous ne savons s'il est résulté les effets que l'auteur en attendait ; nous pensons, en effet, qu'il n'est pas sans danger d'effrayer par des peintures exagérées le jeune sujet à imagination vive et faible. » Les effets produits par la masturbation sont relatifs à l'âge, au sexe, au tempérament, aux divers organes de l'économie. Ces enfants maigrissent, deviennent hargneux, irritables, leur sommeil est court, agité, interrompu ; ils présentent tout le cortège symptomatique de la chlorose ou de l'anémie ; ils peuvent finir par le marasme et par la mort. Chez eux les accidents nerveux font explosion plus facilement que chez les adultes : ce sont les convulsions, l'éclampsie, l'épilepsie et la *paralysie infantile*.

Chez les femmes les accidents sont moins graves que chez les hommes : flétrissure des parties génitales, ramollissement des seins, haleine forte, lèvres et gencives décolorées, teint étiolé, visage couvert de boutons : tout le corps maigrit. Accès d'hystérie, nymphomanie ; métrite.

Chez l'homme les conséquences sont plus graves à cause de l'épuisement par la perte de semence et l'affaiblissement consécutif ; la guérison est plus difficile, même après l'abandon de leurs habitudes, à cause de la spermatorrhée consécutive.

Les effets finaux de la masturbation sont : l'impuissance, les maladies de cœur, la phtisie pulmonaire, la paralysie, la congestion cérébrale, la chorée, l'épilepsie, la carie vertébrale, les prostatites, la cystite.

Nous voyons donc que DOURSOUT a à peu près la même manière de voir que JOZAN. Notons toutefois la critique de TISSOT, qui prépare en quelque sorte le terrain aux idées nouvelles.

Nous ne citerons pas d'autres auteurs de cette période en raison de la similitude de leurs idées.

Nous terminerons donc cette revue en insistant sur l'importance du sentiment de culpabilité qui s'attache à l'onanisme, sentiment qui, poussé à l'extrême, devient capable de produire de véritables syndromes cliniques propres à induire en erreur ces auteurs.

2° Onanisme et délire dans la psychiatrie française au XIX^e siècle : Gilbert Ballet

Chez les aliénistes du XIX^e siècle, nous trouvons bien des observations de délire de persécution dans lesquelles la masturbation intervient à titre de thème et joue un rôle plus ou moins important. Mais il faut attendre la fin du XIX^e siècle pour voir fixer d'une manière précise les traits cliniques et la position nosographique du délire des masturbateurs.

Les progrès de la clinique ont amené à distinguer à la fois des persécutés et des mélancoliques, une catégorie clinique spéciale, les persécutés auto-accusateurs. ARNAUD, dans son article du traité de Gilbert BALLET, sur les délires systématisés ou partiels, cite à ce propos divers travaux, parmi lesquels nous rappellerons en particulier les leçons cliniques sur les maladies mentales de SCESLOI.

Parmi ces « persécutés auto-accusateurs », ARNAUD distingue trois types cliniques principaux :

- 1° les mélancoliques persécutés ;
- 2° les persécutés auto-accusateurs ;
- 3° les hypocondriaques persécutés auto-accusateurs.

C'est à cette troisième catégorie de sujets que le Professeur Gilbert BALLET consacra, en 1892, une communication au Congrès psychiatrique de Blois, qui paraît avoir fixé d'une façon définitive les grandes lignes cliniques évolutives et étiologiques de la question.

Le point sur lequel veut insister Gilbert BALLET, c'est « qu'il est telles circonstances où l'idée de persécution, nettement caractérisée pourtant, s'associe au sentiment humble de résignation, de mésestime de soi qui « constitue le fond ordinaire des états hypémaniaques »... « Les persécutés auxquels je fais allusion », continue-t-il, « accusent les autres, et se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres, comme il convient à des persécutés ; mais ils accusent avant tout eux-mêmes ; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts : ce sont des victimes, mais coupables, et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes ».

BALLET donne une première observation, très comparable aux cas de délire des masturbateurs qu'il donne ensuite. Il s'agit d'un homme de 51 ans qui, de tout temps, avait montré des tendances obsessionnelles et hypocondriaques. Ce sujet avait une infirmité génitale : le testicule gauche était très petit, le testicule droit n'était pas descendu à cause d'une hernie inguinale, qui le préoccupait beaucoup. Après avoir subi la cure radicale de sa hernie, il devint plus timide et appréhensif que jamais.

C'est alors que se développèrent des idées délirantes qui consistaient essentiellement en ce qu'il se croyait accusé de pédérastie et d'eunuchoidie. Des incidents survenus dans la ville qu'il habitait avaient suscité l'idée qu'on l'accusait d'homosexualité. Malgré ses tourments cet homme se montrait très peu agressif envers ses persécuteurs. Il n'avait qu'une idée : se faire mettre un testicule prothétique, et il avait la conviction qu'alors la persécution cesserait.

Nous trouverons ici les traits essentiels du délire des masturbateurs : son développement sur un terrain psychasthénique favorisé par des circonstances réelles d'une situation sexuelle humiliante, le mélange de traits paranoïaques et mélancoliques, l'évolution favorable.

Voici maintenant trois observations de BALLET qui mettent en valeur différents aspects cliniques du délire des masturbateurs :

Obs. I. — Haut... a 18 ans. Il exerce avec succès la profession de dessinateur et a un véritable talent d'artiste. Il est apparenté à des nerveux ; sa grand'mère, sa mère, une sœur sont très nerveuses, mais n'ont jamais présenté de maladie caractérisée. Lui-même a eu une enfance souffreteuse, mais il n'a pas eu de convulsions.

Tout jeune il était moins gai que les enfants de son âge ; il n'aimait pas la compagnie et n'éprouvait aucun plaisir à jouer avec ses camarades. Vers 15 ans il se serait livré à des excès de masturbation auxquels il attribue toutes ses souffrances actuelles. Lorsqu'on va au fond des choses on apprend que ces excès ont été beaucoup moins nombreux que ne le dit Haut... ; il se serait livré à l'onanisme une ou deux fois par semaine, et seulement durant un mois ou deux : ce qui, on le voit est peu de chose. Mais vers cette époque où il se laissait aller aux entraînements qu'il déplore, il lut un livre qui traitait « des organes génitaux et de l'impuissance ». Cette

lecture le frappa et de ce moment il fut obsédé à la pensée des conséquences qui pouvaient résulter de ses excès. Je lui laisse la parole : il dépeint très exactement, dans une note qu'il m'a remise, son caractère, ses préoccupations et ses anxiétés.

« Tout jeune, et bien avant les abus auxquels je me suis livré, j'étais d'une timidité approchant de la sauvagerie ; je rougissais de la peur de rougir. En classe, si un de mes camarades faisait une plaisanterie, je changeais de couleur à l'idée que le professeur pouvait me soupçonner. J'aurais voulu me fourrer dans un coin noir lorsqu'il fallait entrer dans un endroit où une dizaine de personnes étaient réunies.

« J'avais surtout une peur épouvantable des femmes.

« Après mes excès il me semblait qu'on pouvait les lire sur ma figure ; je n'osais regarder personne de crainte de me voir découvert. Ça n'a fait qu'augmenter depuis. Je désirais toujours voir des femmes, mais je n'osais pas. J'ai été vraiment désespéré à partir du moment où un traité de physiologie sexuelle m'est tombé dans les mains. J'ai vu tout le mal que je m'étais fait. Je me suis dit que je ne pourrais jamais guérir de ça et j'ai pensé au suicide sérieusement dès le mois d'août 1890. Je n'avais pas d'arme ; j'en aurais eu une, j'aurais sans doute reculé.

« Je suis naturellement très ambitieux, j'ai beaucoup d'amour-propre : quand j'ai commencé à dessiner, je me voyais déjà un grand peintre. Cette tournure d'esprit contribue encore à me faire souffrir davantage quand je considère l'état d'impuissance physique et intellectuelle où mes excès m'ont mis. Je souffre depuis longtemps de la tête ; j'en souffrais avant mes abus, mais surtout depuis. Il m'est actuellement très difficile de travailler d'une façon suivie : cela me fatigue, puis je n'y ai pas le goût. J'ai de temps en temps des pertes la nuit. Ce qui m'afflige surtout, c'est de voir que je ne suis pas homme : j'ai la conscience que depuis mes excès le développement de mes organes génitaux a été arrêté.

« Je n'ose pas sortir et suis à peine sorti depuis septembre 1890. Lorsque je suis dans la rue il me semble que les passants me regardent tous, les uns avec surprise, les autres

avec dégoût, d'autres avec pitié. Je me trouble de plus en plus lorsque quelqu'un me regarde. Je suis persuadé qu'on voit en moi ce que j'ai fait. Quand j'arrive à me persuader qu'on ne peut le voir, il me semble qu'en me voyant changer de couleur on se moque de moi. Je suis même sûr qu'on s'en moque vraiment. Alors j'éprouve un sentiment de honte, de rage et de désespoir dans les deux cas. C'est lorsque la rage est la plus forte que je souffre le plus. Quant à la honte, elle est continuelle : je serais seul dans une chambre que je n'en serais pas moins honteux. Même lorsqu'on ne me regarde pas, je rougis de penser que je vais rougir. Que j'écrive, que je lise, que je me distraie de toutes façons, l'obsession persiste. Dans la rue il me semble qu'il ne m'est permis de marcher que la tête baissée et que je n'ai pas les droits d'homme de mes camarades. »

Ce qui précède nous montre un individu d'une timidité excessive, malade on peut dire, obsédé par le souvenir d'excès génésiques, dont il exagère considérablement et la gravité et les conséquences, enfin convaincu à tort que ses organes génitaux ont été arrêtés dans leur développement.

Incidemment je dois signaler un fait, qui a son intérêt à un autre point de vue que celui qui nous occupe. Depuis plusieurs mois que nous suivons le malade, nous avons vu se développer, sous nos yeux, une tuberculose testiculaire qui a nécessité une intervention chirurgicale. Faut-il attribuer à cette lésion le développement des idées hypocondriaques chez H... ? On n'ignore pas que divers auteurs, ESQUIROL, BONNET, d'autres encore, ont cité des cas dans lesquels de semblables idées nous sont apparues sous l'influence d'une lésion locale qui paraît en avoir été au moins la cause provocatrice. Nous ne pensons pas qu'il en ait été ainsi chez notre malade, car ses préoccupations existaient déjà à une époque où les testicules

paraissaient parfaitement sains. Nous serions plutôt portés à penser que la pensée d'Haut..., incessamment tournée vers ses organes génitaux, a créé là une sorte de *locus minoris resistentiæ* que la tuberculose a choisi pour s'y installer. Nous devons remarquer, au reste, qu'Haut... attaché beaucoup moins d'importance à la lésion réelle et grave dont il est atteint qu'au « rétrécissement et au défaut de développement » imaginaire de ses organes.

J'ai montré Haut... obsédé par des idées de culpabilité et par des idées hypocondriaques, il me reste à le montrer persécuté. Or, chez lui, les idées de persécution, bien que spéciales, ne sont pas douteuses. Le malade est convaincu que les passants le regardent et l'observent, qu'ils se moquent de lui et le tournent en dérision. A l'hôpital nous lui avons prescrit l'hydrothérapie ; il est allé trois fois à la douche. La troisième fois il a constaté qu'un malade qu'il avait croisé dans la cour avait fait un geste à son passage ; ce geste voulait dire : « il a l'air toqué ». A partir de ce jour il a refusé de se rendre aux bains. Une autre fois il a entendu un malade qu'il nous désigne dire : « C'est une bête ». Ces paroles s'adressaient évidemment à lui. Au reste, à l'attitude, aux coups d'œil des autres malades il reconnaît aisément qu'on fait allusion à son vice ancien et à son infirmité. Aussi refuse-t-il systématiquement de sortir de la chambre exigüe où nous l'avons placé. « Je n'ose pas descendre dans la cour, nous dit-il, car je n'ai pas le courage de braver les attitudes des personnes que j'y rencontre. Puis je sens que je ferais un mauvais coup et que je me porterais facilement à des violences sur les personnes qui me regardent ainsi. »

Haut..., on le voit, est bien affecté d'idées de persécution et ces idées sont entretenues chez lui par des interprétations délirantes. (Il ne nous est pas prouvé que le malade ait eu des hallucinations.)

Mais tout persécuté qu'il est, c'est un persécuté

humble et repentant. Ce n'est pas un résigné, mais s'il en veut à quelqu'un, c'est moins aux autres qu'à lui-même. Il est plus confus que révolté. Son langage respire plutôt la tristesse que la colère. Il se sent capable de faire aux gens qui rient de lui un mauvais parti. Mais jusqu'à présent il ne s'est porté, vis-à-vis des autres, à aucune menace, à aucun acte de violence. Un jour, à la vérité, il s'est armé d'un pistolet, mais il l'a tourné contre lui-même, et l'on sent sous la peau du dos une balle qu'il y a logée dans un moment de désespoir.

OBS. II. — Henri Ad..., âgé de 32 ans, a une lourde hérédité pathologique ; son père est mort aliéné à l'Asile de Saint-Dizier ; un grand-oncle maternel a été affecté de troubles mentaux qui ont nécessité son internement. Le malade n'a rien présenté de particulier pendant son enfance et son adolescence ; il était doux, timide, peu intelligent. Il est allé à l'école pendant huit ans et s'est fait remarquer par son peu d'aptitude à l'étude.

A l'âge de 28 ans il a commencé à manifester des sentiments de misanthropie très accusés. Il ne voulait voir personne. La présence des ses parents, comme celle des étrangers le troublait et l'indisposait. Lorsqu'une personne entrait dans la pièce où il se trouvait, il pâlissait, tremblait, puis se retirait dans une chambre à côté ; il revenait ensuite et le malaise paraissait dissipé. Il avait une crainte particulière des femmes. S'il lui arrivait de sortir et qu'il en vint une de son côté, il était pris d'un sentiment d'oppression, de barre à la poitrine, avec des sueurs et des pâleurs du visage. Il est pourtant très amoureux ; en face de chez lui « il y a deux voisines auxquelles il songe avec plaisir ». Il les regarde souvent à travers les vitres en soulevant avec discrétion le rideau. Assez souvent il lui est arrivé de se masturber en contemplant ses voisines ou en y songeant. Depuis deux ans il est à peine sorti de chez lui, craignant, s'il allait dans la rue, d'être impressionné à la vue des passants et aussi d'être un objet de dérision de leur part.

C'est qu'en effet on le tourne en ridicule, on se moque de lui, on fait des allusions blessantes à ses mauvaises habitudes. Plusieurs fois il a entendu dans la rue des gamins crier : « Ouvre ta porte, maman ». Cela s'adressait à lui. Ces gamins avaient dû être payés par une maîtresse qu'il avait eue naguère vers l'âge de 16 ans. Dans la maison qu'il habite, les voisins font claquer leur porte pour lui faire comprendre qu'il a fait des cochonneries. Il ne leur en veut pas, mais cela l'agace. On lui crie : « Vois-tu ma petite sœur ; on l'a vu, on le voit ». Tout cela le tourmente et le gêne beaucoup, et cependant la faute en est à lui, c'est lui qui pêche. Il comprend que s'il allait dans la rue un tas de voyous s'ameuteraient autour de lui ; on lui dirait : « Voyez le saligaud, le branleur ». Il ne sait pas ce qu'il ferait si quelqu'un lui disait cela au passage ; quoiqu'il « prenne les choses philosophiquement », il serait capable de se venger.

Obs. III. — Od... a 27 ans. Son grand-père maternel était sujet à des crises de mélancolie. Il a les lobules des oreilles adhérents ; les testicules sont très petits, mais il faut noter que le malade aurait eu naguère des oreillons avec orchite double. Vers l'âge de 14 ans, fièvre typhoïde assez grave. Reçu à l'Ecole Centrale en 1883, il fait, peu de temps après, son volontariat et aurait eu, au régiment, une première crise très légère de mélancolie. En 1884 il fait sa première année d'école, Aucun incident. En janvier 1886, il accuse une grande fatigue, est pris de tristesse et d'inquiétude. Il croit qu'on lui cache quelque chose, qu'on le soupçonne d'un fait blâmable. Il interrompt son travail, suit un traitement et guérit au bout d'un mois. Il reste bien portant jusqu'en 1890. A cette époque, au mois d'avril, il a un léger retour des mêmes idées fixes et de la même tristesse, et se guérit en quelques jours. Il retombe en octobre 1890.

C'est à cette époque que nous le voyons. La crise se présente, nous dit-on, avec des caractères identiques à ceux des crises antérieures. Au moment de notre examen elle remonte à trois semaines et paraît déjà en voie d'amélioration. Od... nous raconte qu'au début de cette crise il lui semblait qu'au-

tour de lui ses camarades, par leurs gestes, leur langage. manifestaient une sorte d'hostilité, le tournaient en dérision. Il ne paraît pas avoir eu d'hallucinations, mais simplement des illusions.

Ayant constaté ces dispositions malveillantes, il a cherché d'où elles pouvaient provenir. Il a fini, après s'être arrêté à diverses interprétations, dont il n'a pu garder le souvenir, par penser que l'attitude de l'entourage avait pour origine et raison le fait suivant : il se serait un jour masturbé dans un compartiment de chemin de fer. Il pense qu'on l'aura aperçu, que la chose se sera sue. De là l'ironie avec laquelle on l'accueille et la malveillance qu'on lui témoigne.

Nous avons cité complètement les trois observations qui nous paraissent bien mettre en lumière les traits essentiels du délire des masturbateurs, traits qui sont les suivants :

1° *Hérédité lourde.*

2° *Constitution somatique anormale* : dysmorphies, en particulier sexuelles, fragilité générale, fatigabilité (soulignée dans l'obs. n° 3).

3° *Constitution psychique également anormale* : ce sont des sujets intelligents, doués, délicats, chez lesquels des tendances dépressives contrastent avec un grand amour-propre : « les individus que poursuit l'obsession d'une infirmité dégradante ou d'une culpabilité imaginaire ne peuvent être que ce qu'ils sont, des honteux ou des humbles. Sans doute, ils n'ont pas toujours la résignation passive du mélancolique vulgaire, mais ils n'ont pas non plus les colères et les transes des persécutés ordinaires. Ils n'acceptent pas de gaîté de cœur et sans protestation les taquineries qu'on leur fait subir, mais tout en protestant, ils semblent reconnaître que ces taquineries sont méritées et, dans une certaine mesure, légitimes ».

4° *Le rôle des circonstances est très important* : Il

est partagé entre une situation sexuelle humiliante et la révélation des méfaits de la masturbation (Obs. I).

5° *Le délire est en relation avec ces circonstances génératrices* : Il est le point culminant d'une progression qui, s'appuyant sur le sentiment de culpabilité et les préoccupations hypocondriaques liées à la masturbation, commence par le sentiment, observable chez le sujet normal, que la révélation du vice caché se manifeste sur le visage ; d'où la valeur agressive, réprobatrice du regard d'autrui.

6° *L'évolution est favorable* : Gilbert BALLET écrit : « Je ne m'arrêterai pas à décrire l'évolution de ces idées de persécution. Survenant chez des dégénérés, elles ont de la tendance à affecter la marche rémittente qu'ont d'ordinaire les troubles mentaux chez ces malades. Leur évolution paraît intimement liée à celle du trouble fondamental (hypocondriaque ou mélancolique) qui leur a donné naissance : transitoires et rémittentes quand l'idée hypocondriaque est susceptible de rémission comme chez notre second malade, plus tenaces chez le premier, quand la conviction malative première est plus durable ».

3° Onanisme et délire dans la psychiatrie allemande au XIX^e siècle : Krafft-Ebing

KRAFFT-EBING, dans son traité de psychiatrie, admet l'influence des abus sexuels en général dans la genèse des maladies mentales. Cette influence se manifeste d'abord par un stade intermédiaire de neurasthénie, provoquée par les abus vénériens, qui dans le cas le plus défavorable se développe sur une prédisposition antérieure.

Parmi ces causes la masturbation occupe peut-être la première place. Son influence morbifique ne

s'exerce que sur un terrain de dégénérescence, dont témoigne déjà soit son intensité, soit sa persistance. La pathogénie des psychoses « onanistes » est mixte, à la fois psychologique et organique. Elle est psychique par « les idées spontanées de repentir, de honte, la peur des conséquences du vice, jointe à la conviction pénible de n'y pouvoir renoncer par sa propre force. Ces émotions peuvent être aussi provoquées par la lecture de certains livres populaires dont l'auteur par esprit de spéculation, décrit avec exagération les conséquences de la masturbation. En outre, chez les candidats au mariage, l'impuissance réelle ou relative, organique ou psychique, résultant de la masturbation, peut devenir la cause psychique de la psychose.

Dans ces cas il se produit des mélancolies avec une forte empreinte nosophobique, avec crainte du tabès, de la phthisie, des vésanies, selon les symptômes prédominants de la neurasthénie accessoire ».

La mélancolie masturbatoire se développe lentement pour arriver à l'acmé de la psychose, ou une manière aiguë par suite d'un choc psychique, etc... (surtout la peur, le fait d'être instruit sur les suites du vice). Le sentiment de soi-même est très abaissé. Le malade croit qu'on lit sur sa figure son onanisme et que pour cette raison il est méprisé de tous ; il se sent d'une manière très pénible l'objet de l'attention générale. Par suite d'hallucinations olfactives, il croit que son corps sent mauvais et qu'on l'évite pour ce motif. La douleur psychique est moins un symptôme spontané qu'une réaction aux phénomènes d'entrave intellectuelle. Le malade est pathétique, théâtral dans la façon dont il exprime ses souffrances et la conscience de sa culpabilité. Dans ses explosions de désespoir on remarque souvent une grande irritation qui peut même l'entraîner à des actes agressifs contre son entourage.

Il faut encore citer les accès d'angoisse épisodique, surtout la nuit (par suite de neurasthénie cardiaque, angine de poitrine vaso-motrice), accès qui peuvent aller jusqu'au raptus mélancolique. Les tentatives de suicide sont tout à fait ordinaires chez ces malades. Il faut donc toujours s'y attendre. L'incapacité de résister à l'impulsion enracinée et pourtant si redoutée de la masturbation, l'arrêt pénible de la volonté et des pensées sont souvent interprétés dans le sens qu'on est possédé par le diable, et dégénère en véritable démonomanie avec délire et hallucinations correspondantes.

Avec une tare plus profonde il y a souvent de la malpropreté, impulsion aux choses répugnantes (manger des excréments, des asticots, avaler le contenu des crachoirs, etc...), raptus impulsifs, représentations obsédantes, délires primordiaux, ayant pour la plupart un sujet religieux (Messie).

Des transitions épisodiques vers la vésanie (hallucinatoire), ne sont pas rares dans la forme neurasthénique de ces états. Les traits communs qui indiquent la cause spéciale de la maladie résultent de l'attitude molle, brisée au physique comme au point de vue intellectuel, du caractère insipide, du sentimentalisme qu'on rencontre souvent chez ces malades, de leurs penchants à la religion et au mysticisme ; somatiquement des malaises neurasthéniques, surtout pression à la tête, irritation spinale, ainsi que des hallucinations olfactives qui ne manquent guère. Le pronostic n'est pas défavorable. L'auteur n'a pu observer de différences tranchées dans le tableau pathologique suivant qu'il s'agissait d'hommes ou de femmes. Voici une observation de KRAFFT-EBING qui illustre ce tableau clinique :

Obs. — Mlle S..., 23 ans, née d'une mère névropathe, dont le frère est mort à l'asile d'aliénés. Une sœur est morte dans les convulsions. La malade, dit-on, se serait développée d'une manière normale, sauf une tendance aux colères violentes ; dans son caractère elle n'offrait rien d'anormal. Réglée à 14 ans, sans malaise. La malade avait du talent, surtout pour la musique ; a reçu une éducation brillante^o ; n'a pas eu de maladie grave jusqu'en 1882. A cette époque débuta la neurasthénie (facilité à se fatiguer le corps et l'esprit, plaintes de pression à la tête, d'irritation spinale, de sommeil mauvais et non réparateur).

La malade perdit sa gaîté ordinaire, maigrit, fut atteinte de malaises dyspeptiques, devint triste, irritable, rêvassait souvent, manifestait un pessimisme général allant jusqu'au dégoût de la vie, négligeait sa mise, montrait du dégoût pour le travail, même pour la musique qu'elle aimait autrefois passionnément.

Au cours du printemps 1883 la malade devint de plus en plus aboulique, indifférente, anémiée, dominée par un grand nombre de sensations paraligiques, hypocondriaque, déprimée ; elle ne voulait pas manger parce que rien ne pouvait passer dans son intestin ; exprimait la crainte d'être atteinte d'un cancer et d'infecter les autres, raison pour laquelle elle évitait de plus en plus tout contact avec les gens de sa famille.

En même temps la nutrition diminuait d'une manière surprenante : il y avait anémie profonde.

Au mois de mai 1883 se déclarèrent des accès d'angoisse ayant les allures d'un raptus : tentative de suicide en se jetant à l'eau. Sauvée, elle manifeste un profond repentir et fit remarquer que son péché ne saurait lui être pardonné ; elle sent que sa raison s'en va de plus en plus, elle ne peut plus penser (pression à la tête). Elle perdra la raison, elle périra par suite d'une maladie cancéreuse dont elle sent déjà la mauvaise odeur. Elle dépérissait de plus en plus, refusait souvent toute nourriture, et comme les accès d'angoisse sous forme de raptus revenaient la malade fut reçue à la Clinique au mois d'août 1883.

Lors de la réception, elle est pâle, amaigrie, avec des yeux cernés, teint terreux, nombreuses égratignures sur la figure et aux mains. Pas de stigmates de dégénérescence. Organes végétatifs sains. Lasse, épuisée, farouche ; attitude molle et courbée. Sensations physiques désagréables. Elle a senti un jour comment son esprit disparaissait et, dans sa peur de ne pouvoir plus vivre ainsi, elle s'est jetée à l'eau. Son corps est complètement détruit ; elle ne peut plus penser, elle se sent comme un zéro, pleine de poux : la gardienne la nourrit avec des parasites ; elle est lourde comme du plomb, elle s'est abîmée elle-même, elle a commis quelque chose de terrible (masturbation), c'est elle qui est cause de tout. En même temps elle se lamente et dit qu'elle voudrait bien avoir un mari^e ; qu'on lui coupe la gorge. Elle pue déjà, elle est morte depuis longtemps. Elle ne comprend pas comment on veut la forcer à manger puisqu'elle est morte et déjà en putréfaction. Elle est une grande pécheresse. Il ne lui reste plus qu'à se livrer à l'enfer. Elle a des visions de diables, prend les gens de son entourage pour des démons, a des émotions d'attente anxieuse pour sa descente en enfer. Episodiquement elle est prise d'une humeur sentimentale douloureuse, très compliquée, et se raccroche alors à la religion... prend le médecin pour le Christ et une de ses compagnes de maladie pour la Mère de Dieu.

La malade est tenue au lit, on la nourrit bien, on lui donne du fer et du quinquina. Le sommeil, très défectueux, est soutenu par de la paralaldéhyde.

Le tableau neurasthénique hypocondriaque et mélancolique se rapproche épisodiquement de celui de la vésanie : délire incohérent, état d'épuisement, visions de diables, illusions sur les gens de l'entourage qu'elle prend pour des personnages divins, voix persécutrices, accusatrices, consolatrices, hallucinations olfactives de putréfaction, d'œufs pourris, etc...

Au bout de quelques semaines, sous l'influence d'une nutrition meilleure, le premier tableau de la mélancolie réapparaît ; il y a là prédominance des phénomènes d'entrave avec explications allégoriques. La malade se plaint qu'elle est toute bête, qu'elle ne sait plus ce qu'elle doit faire. Tout est mort.

Elle aussi aimerait mieux être enterrée et mangée par les souris. Elle sent déjà comment elle est rongée par les vers (paralgies). Est-ce qu'elle ne sera pas bientôt égorgée et coupée en morceaux, puisque c'est elle qui est la cause de tout ?

Au cours du mois d'octobre, amélioration décisive. La malade reprend au point de vue physique, a de nouveau du turgor, des couleurs, reprend intérêt au monde extérieur, demande des nouvelles de la maison paternelle. Episodiquement elle est de nouveau une grande pécheresse, son sort est encore meilleur qu'elle ne le mérite, on la soigne trop bien. et cependant sa place serait en enfer.

L'amélioration progresse, avec les frictions avec le drap mouillé, le régime fortifiant et la médication tonique.

Au milieu du mois de novembre les accusations contre elle-même disparaissent et sont remplacées par un état d'esprit sentimental et même pessimiste. La malade rentre dans la première phase d'une névrose hypocondriaque neurasthénique ; elle se plaint du manque de clarté intellectuelle : pensées troubles, tête lourde et abrutie, idées hypocondriaques d'un cancer et de fièvre putride provenant des hallucinations olfactives et des paralgies, notamment de l'irritation spinale, qui se produisent encore de temps en temps ; pression à la tête avec plaintes que le cerveau a disparu. Peu à peu la malade arrive à reconnaître son état et elle reprend ses anciens penchants et ses anciennes occupations. Les exacerbations de l'état d'entrave, la tristesse et les malaises paralitiques neurasthéniques, ainsi que les nouvelles hallucinations olfactives qui se produisent encore de temps en temps, peuvent toujours se ramener à des rechutes masturbatoires. A l'aide de l'hydrothérapie, du fer, d'une surveillance continuelle la guérison s'établit peu à peu.

Le 3 janvier 1884 la malade est renvoyée guérie.

En automne 1886 je l'ai revue à l'occasion d'une visite. Mlle S... est une jeune fille florissante et fraîche au physique et à l'esprit.

KRAFFT-EBING fait jouer d'autre part l'intermédiaire organique (somatique), qui se trouve en cause chaque

fois qu'il y a des facteurs qui affaiblissent l'individu (nourriture insuffisante, insomnie, maladie physique, surmenage intellectuel ou physique, etc...).

Le caractère du type morbide dépend alors du terrain :

Si ces tares sont peu graves, il se produit de la stupeur ou des psychoses d'épuisement.

Si ces tares sont lourdes et surtout si le sujet est jeune, on aura un tableau de démence précoce (le mot n'est d'ailleurs pas encore employé).

Comme autres maladies nettement dégénératives, nous devons encore citer certains cas de paranoïa et d'aliénation mentale avec idées obsédantes.

De toute façon on peut admettre que les symptômes de la neurasthénie se rencontrent plus ou moins dans toutes les psychoses sexuelles ; de là à admettre une paranoïa neurasthénique avec une forme clinique spéciale, la paranoïa sexuelle masturbatoire, il n'y avait qu'un pas.

Nous allons décrire le tableau clinique de ce que KRAFFT-EBING appelle la *paranoïa neurasthénique*.

Cette forme clinique de la paranoïa se distingue de la forme typique par le fait que les délires des malades ne représentent autre chose que la fausse et alogique interprétation de sensations appartenant à la névrose neurasthénique et en général de troubles dans la conscience paranoïaque transformée. Le malade les explique par des insuffisances venant du monde extérieur ; il prend sa pression de tête pour des tentatives traîtresses d'ennemis qui veulent l'asphyxier par des vapeurs méphytiques, etc...

L'échafaudage du système délirant est encore complété par les hallucinations, de même que dans les autres formes de la paranoïa. Les symptômes cliniques sont particulièrement nombreux quand le point de

départ de la névrose est dans le système nerveux sexuel, soit par abus, notamment la masturbation, soit par abstinence en dépit d'un vif libido ou aussi (chez les individus du sexe féminin) par suite de maladies génitales irritatives et qui, par là, mènent à la neurasthénie sexuelle (névrose de la moelle lombaire).

Dans la neurasthénie sexuelle, quand il s'agit d'individus du sexe féminin, les symptômes de la névrose hystérique manquent rarement et ils fournissent aussi des matériaux à l'édifice du délire. De là résultent des transitions cliniques vers le type voisin de la paranoïa hystérique. La forme purement neurasthénique se développe toujours à la suite d'un stade prodromique névrotique avec forte nuance nosophobique qui passe directement à l'état du délire d'observation et de persécution.

L'état morbide qui se développe à la suite de la neurasthénie sexuelle apparaît comme le plus net de ceux que l'on rencontre sur le terrain neurasthénique. Il est absolument analogue, pratiquement, à la paranoïa masturbatoire, que nous allons exposer dans les lignes suivantes.

Le stade d'incubation est représenté par les symptômes d'une neurasthénie sexuelle qui a tendance à devenir une neurasthénie générale. Les conceptions nosophobiques roulent sur l'imminence du tabès, de l'aliénation mentale, du ramollissement cérébral. Les traits caractéristiques de la maladie sont : le délire de persécution physique, les hallucinations olfactives, les accès d'angoisse. Le début de la maladie reste, dans la plupart des cas, inaperçu. L'incertitude psychique dans les relations sociales, qui est particulière aux masturbateurs, le sentiment pénible que tout le monde lit sur leur figure leur vice secret, favorisent beaucoup l'explosion de la maladie. Le malade se sent et se croit

réellement observé, souvent même regardé de travers et persécuté. Tout est mis en corrélation avec sa personne : les discours et les gestes des gens, même les journaux et les affiches contiennent de méchantes attaques et des offenses. Par là l'embarras psychique et la méfiance vont en croissant. Des hallucinations auditives et visuelles fournissent de nouveaux éléments au délire naissant ; souvent les hallucinations olfactives qui se produisent dès le début sont utilisées : le malade a peur, tout le monde le croit atteint d'une vilaine maladie, et c'est de cette manière qu'il motive la prétendue attitude des gens qui l'évitent ou qui font des gestes de dégoût, etc...

Après une incubation durant des mois et même des années, le point culminant de la maladie est atteint progressivement ou subitement, amené par des voix, des paroles de persécution. Le délire de persécution trouve de nombreux éléments dans les malaises neurasthéniques du malade. Tous les troubles qu'il croit ressentir sont la conséquence d'attentats, d'un complot ourdi contre lui.

Une importance particulière revient aux sensations névralgico-paralgiques, comme phénomènes excentriques de la surexcitation fonctionnelle des nerfs dorsaux à la suite de l'onanisme. Avec le temps l'hyperesthésie s'étend aussi aux domaines des fonctions sensitives et sensorielles. Chaque sensation éveille alors des conceptions délirantes qui correspondent à cette sensation, chaque idée provoque des sensations correspondantes.

Les organes des sens hyperesthésiés produisent des hallucinations à la moindre excitation.

Avec une uniformité surprenante les malades appartenant aux classes instruites expliquent ces anomalies des sensations par l'influence de leurs ennemis, à l'aide

de mystérieuses machines magnétiques et électriques ; les malades incultes y voient une persécution au moyen de la sympathie, de la sorcellerie.

La maladie oscille entre des rémissions et des exacerbations. Ces dernières coïncident ordinairement avec de nouveaux excès de masturbation et sont souvent accompagnées d'hallucinations accumulées, de sensations, d'une augmentation de l'excitabilité réflexe spinale allant jusqu'aux accès tonico-cloniques, cataleptiformes, épileptoïdes. La suite de la marche est la même que dans les autres formes de la paranoïa acquise typique.

Souvent il y a transformation en délire de grandeur. Les états de faiblesse psychiques se produisent beaucoup plus tôt et sont plus intenses sur la base masturbatoire que dans les autres variétés étiologiques de la vésanie. Pour illustrer ce tableau clinique nous allons citer deux observations de KRAFFT-EBING :

OBS. I. — *Paranoïa masturbatoire.* — D..., ingénieur, 38 ans, célibataire, né de parents tuberculeux. Une sœur névropathe, une autre aliénée. Le malade fut, dès sa jeunesse, onaniste ; néanmoins, jusqu'à l'âge de 36 ans il se porta bien et était très capable dans son métier. Alors il commença à devenir malade : il maigrit, eut un catarrhe pulmonaire suspect, des malaises neurasthéniques. Une cure climatérique améliora beaucoup son état. Bientôt après il reprit ses travaux professionnels ; des malaises neurasthéniques se présentèrent nombreux ; il s'y ajouta de la névralgie des testicules et une maladie d'estomac avec vomissements sérieux. Le malade est pris d'une tristesse hypocondriaque profonde, il se croit impuissant, il se fait des reproches à cause de son onanisme, désespère de sa guérison, fuit le monde et devient irascible.

Au cours du développement de la maladie des sensations se produisent en foule. Il se sent un feu électrique dans le corps ; un courant part de son pied gauche, son lit s'isole ; il sent son corps se scinder en deux parties ; s'il descend de

voiture il a la sensation qu'il laisse derrière lui son corps à l'état aérien. En même temps, pression à la tête, susurrement dans la tête, insomnie durable. Un jour il entend une voix dire : « Je t'ai rendu électrique, positif et négatif ». Etant en voyage pour son service, il éprouva tout d'un coup la sensation que la nourriture qu'il prenait glissait de sa bouche dans son pied gauche. Il entendit la nuit une voix disant : « De quelle façon veux-tu mourir ? » et il crut que sa dernière heure était venue. Ses parents décédés et son médecin lui apparaissent. Une autre fois, au moment de se mettre au lit, il voit de nombreuses figures qui lui sont tout à fait inconnues et sur lesquelles s'épand une lueur rougeâtre. Dans la rue on l'insulte en l'appelant hypocrite, menteur, etc. La nuit, étant au lit, il sent qu'on lui dissèque le corps, qu'on en retire les tissus, qu'on introduit des objets dans les différentes parties de son corps, qu'on enlève des os. Il se sent magnétisé, sa tête étant de métal.

L'agitation croissante par suite de ces hallucinations nombreuses et pénibles a imposé la nécessité d'interner le malade dans un asile, alors que la maladie avait déjà duré deux ans. Les troubles continuent à progresser. Il est magnétisé, électrisé ; il n'a plus de boyaux ; il sent une trompe d'éléphant sur son dos ; on lui fait une perforation à l'ombilic, etc...

En même temps il a des hallucinations auditives. Devant la fenêtre on imite le chant du coq ; il entend dire qu'il est inguérissable, qu'il sera disséqué, que c'est lui le Juif errant. Les cloches lui parlent, les mouches aussi ; on lui dit ses propres pensées, des obscénités ; dans chaque coup de cloche il entend son nom. Il reçoit l'ordre de souffleter les gens de son entourage. Partout il entend des injures, il lui en vient même du soleil. Des influences télégraphiques sont évidemment en jeu.

Des hallucinations de la vue aussi se produisent au cours de la maladie. Il voit tout dans son esprit, même l'intérieur de son corps. Tout, dans la chambre, est transparent. Il voit devant ses yeux les papillons d'une collection entomologique prendre leur vol et partir ; quand il essaie de lire, les lettres se sauvent devant lui à travers la fenêtre. Souvent ces visions

ont aussi un caractère obscène : des parties génitales volent et planent dans l'air à travers la chambre ; il voit des tableaux lascifs sur les murs. Dans une tasse à café, un jour, une belle femme qui lui sourit.

Les hallucinations du goût et de l'odorat ne jouent, chez lui, qu'un rôle secondaire. Parfois il a un goût métallique dans la bouche, surtout quand il sent sur son corps des courants magnétiques. La nourriture aussi a parfois un goût de poison.

Le malade se masturbe continuellement et d'une manière excessive. Après les excès d'onanisme accumulés, son excitabilité sensorielle est si forte que rien qu'en ouvrant la paupière il a déjà des visions. A certains moments, quand il pousse ses excès trop loin, les troubles de la perception générale sur lesquels est basée la monomanie électro-magnétique, occupent le premier plan. Il sent alors l'attraction et la répulsion de l'électricité positive et négative, comment on le touche avec des fils de fer magnétiques. Il a la sensation qu'on lui tranche le pénis avec un couteau. Ses poumons, son cerveau, sa mémoire lui sont enlevés par voies télégraphiques par l'administration de l'asile qui les revend à d'autres personnes. Ces sensations et perceptions morbides sont en partie attribuées aux gens de l'entourage, ce qui pousse le malade à faire des agressions violentes contre ces derniers ; parfois elles sont acceptées par lui sans provoquer aucune réflexion. Avec le temps l'intensité de la réaction à ces sensations diminue et ces dernières deviennent plus rares. La durée totale de la maladie cérébrale, qui a essentiellement évolué sous forme d'hallucinations, a duré plus de douze ans. Le malade, qui jusqu'à la fin de sa vie fut très adonné à la masturbation, a succombé à une tuberculose pulmonaire.

OBS. II. — *Paranoïa à base de neurasthénie sexuelle à la ménopause.*

Mme W..., 50 ans, reçue le 8 septembre 1880, d'ascendance inconnue, de tout temps névropathe, irritable, difficile à vivre, originale, depuis dix-sept ans séparée de son mari ; à l'époque menstruelle, toujours déprimée et atteinte de mi-

graines ; mère de quatre enfants ; est entrée dans la ménopause l'été de 1879 (règles profuses et irrégulières, fréquemment sang à la tête, irritabilité accentuée, accès de migraines fréquents, tiraillements gênants dans la colonne vertébrale, dans les jambes, chair de poule sur le corps). Au cours de l'hiver 1879-80, elle se plaignit de pressions à la tête, d'irritation spinale ; elle se sentait souvent oppressée, inquiète, n'aimait pas sortir de son logement. Au mois de février 1880, elle devint méfiante, se sentait observée, croyait que la police la faisait suivre, elle avait conçu le soupçon que son fils, qui voulait conclure un mariage qu'elle ne trouvait pas convenable, cherchait, avec son amante, à attenter à ses jours. Des malaises dyspnéiques ont été interprétés par elle comme les suites d'une tentative d'empoisonnement. Elle croyait sentir le poison, dans son eau minérale on lui mettait du calomel, car régulièrement elle attrapait la diarrhée et du météorisme. Comme elle ne se sentait pas en sûreté, elle quitte sa ville natale, alla habiter Vienne, ensuite Salzbourg, mais nulle part elle ne put retrouver sa tranquillité. Partout où elle allait elle était l'objet d'une surveillance et d'une observation. Partout où elle apparaissait on ouvrait les fenêtres des petits cabinets, de sorte qu'elle ne pouvait plus se tenir à cause de l'odeur dans la rue. A l'occasion elle éprouvait aussi une odeur de cannelle suffocante. Avec de l'eau contenant de l'acide sulfhydrique on lui a fait gonfler le ventre ; les plats ont été empoisonnés avec de l'arsenic.

A plusieurs reprises on lui a fait une excitation dans les parties génitales, comme si on voulait faire le coït. Comme dans les derniers temps la malade devenait menaçante et hostile pour son entourage elle fut amenée pour être reçue à l'Asile. Habitus névropathique ; la partie gauche de la figure est moins développée que la partie droite. Oreilles d'une grandeur anormale. Organes végétatifs sains. L'examen de l'utérus est refusé.

La malade est toujours méfiante et irritée. Elle se croit constamment travaillée par le spiritisme et l'électricité ; elle rédige de nombreuses protestations contre son internement et des pétitions au Tribunal pour être remise en liberté. Ses

ennemis (son fils et son amante) ont corrompu le professeur de physique. Avec des verres ardents et des machines celui-ci agit constamment sur elle. Elle est « médium » pour toute la ville. On la scrute à l'aide d'un tube. Dans le cerveau on lui cause un tourbillon, et alors ses pensées sont divulguées à tout le monde. On lui serre la tête avec une vis ; on lui excite les nerfs de la tête, de sorte qu'elle est forcée de pencher la tête en arrière. Cela se fait en partie avec un miroir concave qui produit l'effet du magnétisme à distance ; en partie avec une cloche de verre invisible et suspendue au-dessus de sa tête. A l'exception de la vessie elle n'a aucun point dans son corps qui soit à l'abri des effets à distance du spiritisme. .

Le vertex est le siège de sensations, de brûlure et de tourbillonnements, on la perfore entre les deux sourcils, on lui suce les oreilles, on lui presse l'occiput. Les tempes sont prises dans un étau, on aspire le sang de ses joues, ses paupières sont tirées par les nerfs vers le front. Sur la langue on agit par des poisons, sur le nez par des odeurs désagréables ; la respiration est entravée par des sensations d'oppression et de serrement sur la poitrine ; les battements du cœur sont irréguliers. Les persécutions entretiennent la malade dans une agitation permanente. Elle refuse les médicaments calmants, déclarant que ce sont des poisons. Comme l'état restait stationnaire et que la malade se montrait inaccessible à tout traitement, elle fut envoyée dans une maison d'aliénés.

Au total nous concluons que ces conceptions se rapprochent de celles des auteurs français : le délire des masturbateurs apparaît au confluent de la mélancolie et du délire de persécution ; la forme mélancolique qui guérit et la forme paranoïaque plus grave rentrent dans le cadre de « l'aliénation mentale due aux névroses constitutionnelles », plus spécialement de « l'aliénation à base neurasthénique ». Même insistance que chez l'auteur français sur le terrain dégénératif, sur la base névrotique, sur le rôle des circonstances.

**4° La révision de Kretschmer :
onanisme et « délire de relation des sensitifs »**

Kretschmer considère le délire des masturbateurs comme une des formes de son délire de relation des sensitifs. Essayons donc d'expliquer ce qu'il entend par ce terme. Il admet une base biologique à cette psychose. Il note l'hérédité psychopathique chargée des sujets, ainsi que la disposition congénitale à présenter des symptômes d'épuisement nerveux (*Erschopfung*, mot qui désigne particulièrement la défaillance à déployer dans les conduites complexes et les événements à haute charge affective), tant du fait du travail que des états affectifs. Mais toute la manifestation clinique du délire est suspendue à des déterminations purement psychogéniques. Dans les causes déterminantes du délire, Kretschmer distingue trois éléments : le caractère, l'expérience vécue, le milieu.

Le caractère répond au type désigné par Kretschmer du terme des sensitifs ; le délire décrit lui emprunte son nom.

Le caractère sensitif est une disposition acquise au cours de l'évolution et où joue le plus grand rôle certains traumas affectifs déterminants : il n'a donc rien d'un état constitutionnel.

Ce caractère, ce sont les données psychiâtriques qui ont permis de le définir parmi quatre types caractérologiques homologues. Les trois autres types sont :

1° *Le caractère primitif*, à type de réactions primaires, ou l'affectivité se libère en actes impulsifs. S'y rangent de nombreux « dégénérés pervers ».

2° *Le caractère expansif* qui se distingue par sa réaction explosive à une certaine accumulation de la charge affective. Il est en quelque sorte l'image inverse du sensitif.

3° *Le caractère asthénique pur*, qui, si l'on veut, est au sensitif ce que le primitif est à l'expansif et se distingue par une atonie réactionnelle complète. Observons que ces types sont définis non par des réactions élémentaires à des stimulations expérimentales mais par des réactions psychiques totales aux événements, entendons aux événements vécus dans toute leur portée et leur valeur significative.

Le type sensitif qui nous occupe est défini lui aussi par des réactions propres à l'égard des événements à forte charge affective : cette réaction dans l'ordre du comportement se distingue par un défaut de conduction qui arrête la décharge par l'action ; à cet arrêt correspond la répression (*VERHALTUNG*) dans la conscience des représentations correspondantes.

Cette répression n'est qu'une exagération de la fonction de rétention des complexes idéo-affectifs dans la conscience. La représentation de l'événement et l'état affectif désagréable qui lui est lié, tendent à se reproduire indéfiniment dans la conscience.

Aussi ce mode réactionnel de la répression est-il tout opposé à celui du refoulement qui, dans l'hystérie par exemple, repousse le « souvenir » pénible dans l'inconscient.

Alors que JANET, dans la névrose obsessionnelle, voit avant tout des mécanismes fondés sur des insuffisances physiologiques, KRETSCHMER y reconnaît un développement, que déterminent les événements de la vie, principalement ceux qui ont une portée éthique. événement de la vie sexuelle ou professionnelle. C'est sous leur influence que le sujet forme son type de réaction personnel ; que, de la réaction banale de l'anxiété, il passe à la représentation obsédente ; puis par une sorte de sensibilisation aux chocs banaux, à la névrose obsessionnelle. La représentation consciente du trauma

initial, se transforme en des représentations parasitaires (*Fremdkörperbildung*) qui lui ont été associées, mais n'ont plus avec elle aucun lien significatif. C'est là le mécanisme de l'inversion. KRETSCHMER rapporte à l'appui de sa théorie des cas d'obsessions hypochondriaques ; ces cas légitiment sa conclusion qu'il y a moins loin de l'obsession au délire que d'un délire à l'autre.

Tandis que ces mécanismes représentatifs dominent chez les obsédés, chez les délirants sensitifs prévaudront au contraire les insuffisances affectives et actives, seulement ébauchées chez les premiers.

Si l'on classe en effet les états affectifs en sthéniques et asthéniques selon leur intensité, leur durée, leur capacité d'extériorisation, on peut constater chez les sensitifs un curieux mélange de tendances sthéniques (intensité des sentiments intériorisés) et asthéniques (difficulté d'extériorisation, défaut de conduction, rétention et répression).

Ces dernières dominent, mais au prix d'une vive tension que produit la surestimation sthénique des échecs, d'ordre éthique. C'est cette tension qui est le facteur psychologique déterminant chez les délirants sensitifs ; ceux-ci sont en somme complètement subjugués par les tensions sociales et éthiques, où nous avons vu une composante essentielle de la personnalité.

Le conflit essentiel chez ces sujets est en effet formé par le sentiment éprouvé de leur infériorité dans l'ordre éthique, sentiment que vient raviver chaque échec vital et que la répression ranime sans cesse dans la conscience. D'où résulte une exaltation purement réactionnelle de l'amour-propre, toute différente de l'exaltation primaire de l'amour-propre chez le sujet sthénique.

Le sensitif se distingue donc de l'expansif par l'infé-

riorité considérable de sa force psychique et le conflit intérieur qui en résulte du fait de ses prédilections éthiques ; cette structure « se comprend d'elle-même » dit KRETSCHMER qui recourt ainsi directement aux relations de compréhensions. Ces sujets du type sensitif, KRETSCHMER les dépeint comme montrant d'une part « une extraordinaire impressionnabilité, une sensibilité extrêmement accessible et vulnérable, mais par ailleurs une certaine dose consciente d'ambition et de ténacité ». Les représentants achevés de ce type sont des personnalités compliquées très intelligentes, d'une haute valeur, des hommes à la sensibilité fine et profonde, d'une éthique scrupuleuse, et dont la vie du cœur est d'une délicatesse excessive et d'une ardeur tout intériorisée ; ils sont des victimes prédestinées de toutes les duretés de la vie. Ils renferment profondément en eux-mêmes la constance et la tension de leurs sentiments. Ils ont des capacités raffinées d'introspection et d'autocritique. Ils sont très susceptibles et opiniâtres, mais avec cela particulièrement capables d'amour et de confiance. Ils ont pour eux-mêmes une juste estime et sont pourtant timides et pleins d'insécurité quand il s'agit de se produire, tournés vers-mêmes et pourtant ouverts et philanthropes, modestes mais d'une volonté ambitieuse, et ont au reste de hautes vertus sociales.

Il ressort nettement de cette description que le caractère sensitif ne peut être considéré comme une disposition constitutionnelle ou affective simple, mais représente une personnalité dans toute sa complexité. C'est pour souligner ce point que nous nous y sommes quelque peu attardé.

Le second élément décrit par KRETSCHMER dans l'étiologie de la psychose est un certain événement où expérience vécue. L'expérience originale qui détermine

la psychose, est celle qui révèle au sujet « sa propre insuffisance, l'humilie sur le plan éhique ». Le sentiment de l'échec moral mène le sensitif « avec son manque de tout robuste égoïsme, sa profondeur et sa délicatesse de sentiments, sa vie intérieure consciencieuse, à un conflit avec soi-même ; et l'entraîne toujours plus loin dans des luttes intérieures aussi inutiles que secrètes ».

« Sous l'influence du retour obsédant de la série de représentations réprimées, une tension sentimentale qui va jusqu'au désespoir, aboutit à une réaction critique où l'expérience primaire se cristallise en un délire de relation qui ne présente manifestement le calque extérieur du mépris intérieur de soi-même. L'interaction du caractère et de l'expérience représente dans le délire de relation sensitif la cause essentielle de la maladie ».

Parmi les faits capables de provoquer une telle expérience, KRETSCHMER place au premier plan les conflits éhiques d'ordre sexuel (conflits de conscience des masturbateurs ; amour tardif des vieilles filles ; chutes dans une perversion combattue).

Mais ils n'ont pas un rôle exclusif : dans certains cas par exemple, ce sont les échecs professionnels qui jouent le rôle déterminant.

Le troisième facteur étiologique est le milieu social. Il agit sur l'éclosion de la maladie « selon une formule unique : tension de l'amour-propre dans une situation opprimante ». Tel, par exemple, selon KRETSCHMER, la situation des « jeunes filles célibataires qui ont une activité professionnelle ; des autodidactes ambitieux issus du prolétariat », etc...

KRETSCHMER termine cet examen étiologique de la psychose en concluant que le délire prend origine de « l'action cumulative d'expérience typiques sur une

disposition de caractère typique, avec l'appoint fréquent d'une constellation sociale typique ». Il ajoute : « quand ces trois facteurs psychologiques ont amené une répression morbide, alors le facteur biologique de l'épuisement donne un concours essentiel au déclenchement de la maladie, de même qu'inversement l'état de fatigue neurasthénique peut faciliter au premier chef l'apparition de répression dans les caractères sensitifs ».

Passons maintenant à l'étude des symptômes.

Sur la sémiologie, KRETSCHMER écrit : « Le noyau du tableau morbide est un délire de relation concentrique, fondé sur une base affective qui présente tous les grés de l'insécurité humiliante à l'auto-accusation ressentie jusqu'au désespoir. Toute la sémiologie tient dans trois motifs :

1° Le contenu représentatif et l'état affectif sont absolument centrés durant la période d'état de la maladie autour de l'expérience pathogène ;

2° Les symptômes de la psychose sensitive représentent l'effet exalté des propriétés du caractère sensitif ;

3° Le tableau morbide est fréquemment coloré de symptômes d'épuisement ».

Le délire de relation systématique, avec conservation de la logique et de la réflexion, n'est décrit par KRETSCHMER que comme la forme symptomatique la plus fréquente, sinon la plus typique, de la réaction délirante du sensitif. Il insiste « sur la masse énorme des idées de relation, qui sont d'une abondance sans autre exemple et sur la délicatesse de leurs ramifications, sur l'esprit de combinaison qui n'est jamais rassasié, de construire les correspondances les plus ingénieuses à propos de conversations de la banalité la plus quotidienne, des articles de journaux, de la profession

et des allées et venues des voisins, d'un frôlement d'habit, d'une porte qui s'ouvre, d'un bruit du chauffage, etc... ».

Mais à côté de cette forme typique, l'auteur distingue trois autres formes de psychoses sensibles. Il y compte d'abord la confusion aiguë sensitive (*Akuter dissoziativer Wahnsinn*), qui apparaît comme un stade critique de courte durée et répond aux cas les plus graves de la psychose sensitive. Ce *Wahnsinn* aigu se manifeste par des ébauches de dissociation psychique, « c'est-à-dire par des symptômes intellectuels parents de la catatonie et de la schizophrénie, tels que sentiments d'influence, d'action à distance, de transmission de pensée, d'étrangeté, par un relâchement des associations et par des tendances à passer au délire de grandeur ». Le diagnostic peut être difficile avec une poussée évolutive schizophrénique vraie.

Les deux autres formes sont la bouffée délirante apparentée au type névrotique obsessionnel (*Sprunghafte Wahnbildung nach Art einer Zwangsneurose*); qui se caractérise par sa fugacité et ses récurrences, et enfin la névrose de situation qui comprend tous ces états « où la valeur des réalités accordée aux idées de relation reste en deçà des limites assignées à la psychose ». Ces états sont en somme les formes atténuées du délire, fréquentes dans les formes les plus légères (dans le groupe du délire dit des masturbateurs, par exemple); et surtout dans les séquelles secondaires fréquentes laissées par le délire.

Ces mêmes facteurs psychologiques au nombre de trois, qui déterminent l'étiologie et les symptômes, nous allons les retrouver dans l'étude de l'évolution.

L'évolution, dit KRETSCHMER, confirme la psychogénie de la maladie. « Cette évolution est relativement favorable ». Les psychoses légères ne viennent pas en-

tre les mains du médecin de l'asile, mais du médecin de consultation.

Certaines formes, comme le délire des masturbateurs semblent, même après des manifestations graves, pouvoir guérir complètement.

Dans des cas moyens « la conception délirante passe à l'arrière-plan.

Enfin même dans les psychoses sensibles qui ont montré des manifestations graves de confusions aiguës il ne faut pas désespérer, et trois de cette espèce observée par KRETSCHMER ont abouti après une évolution qui a duré de trois à six ans environ, à une névrose de situation, résultat que l'on peut considérer comme favorable, si l'on compare la gravité des symptômes et l'état actuel qui a permis la reprise de la profession. Néanmoins le délire semble pouvoir récidiver sur le terrain de la névrose. Le début de l'évolution est beaucoup plus tranché que ne le laisse entendre la notion d'insidiosité sur laquelle insistent les descriptions classiques.

Un point remarquable est constitué par la vive réactivité psychologique de l'affection. Certains états affectifs normaux eux-mêmes sont moins soumis que la psychose à l'influence des constellations extérieures : changement de domicile, de lieu de travail, retour dans certains milieux sociaux critiques. Dans les cas graves, surtout se manifestent des oscillations de la courbe sémiologique. Dans les cas légers, on dégage mieux une dominante dépressive.

L'évolution ainsi n'a rien de schématique : guérisons rapides, réactions aiguës, évolution prolongée sur de nombreuses années avec guérison relative, évolution récidivante déclanchée lors d'occasions absolument déterminées ou oscillations durant des années

sur la frontière entre l'éclasion délirante et sa base névrotique.

Néanmoins on peut indiquer pour le délire de relation sensitif « trois traits caractéristiques » :

1° La vivacité de sa réactivité psychologique à tous les stades de la maladie ;

2° Sa tendance à la guérison dans les cas purs et légers ;

3° La complète conservation de la personnalité même dans les cas graves.

LE DÉLIRE DE RELATION DES SENSITIFS CHEZ LES MASTURBATEURS

L'inclinaison de certains neurasthéniques sexuels pour l'auto-relation est bien connue par le praticien neurologue ; nous allons démontrer, à l'aide de notre matériel qu'on peut trouver chez les neurasthéniques sexuels non seulement une légère sensation de relation, en tant que manifestation secondaire, mais que sur la même base peuvent aussi se développer des névroses de relation indépendantes et même des graves psychoses paranoïques. Il y a d'ailleurs toutes les transitions des formes les plus légères jusqu'aux plus graves et partout l'on reconnaîtra facilement le terrain commun du caractère sensitif (*sensitive Charakterbasis*).

Le cas du mécanicien de locomotive Bruhl.

Un jeune homme de sensibilité érotique vive, mais beaucoup trop timide pour fréquenter des jeunes filles, tombe précocement dans la masturbation, contre laquelle il lutte en vain avec les plus grands remords de conscience ; cette lutte tenue complètement domine peu à peu toute sa vie sentimentale. Son état s'aggrave encore par la lecture d'une brochure de vulgarisation populaire. Il en arrive à fausser complètement sa position vis-à-vis du monde extérieur, en ce qu'elle

est complètement dominée par ce seul point de vue. A partir d'une grave dépression sentimentale durable et d'une foule de craintes hypocondriaques se développe un délire de relation intensif. La psychose arrive à son point culminant avec sa tentative de suicide et prend une direction favorable après une confession médicale poussée à fond et transplantation dans un autre milieu. Les changements psychiques qui sont survenus depuis la puberté mettent environ dix ans à se développer ; l'époque de la floraison proprement dite de la psychose paraît ne pas avoir dépassé une année. Le caractère de Bruhl montre la timidité extraordinaire, la profondeur et la douceur sentimentales et la réticence absolue de la vie sentimentale du sujet. Il est aussi scrupuleux que peut l'être un névrotique sensitif ; la capacité dans son métier et une certaine ambition complètent le tableau ; l'intelligence et la volonté de s'instruire sont au-dessus du degré moyen de sa position sociale.

L'expérience vécue qui rend malade ce caractère est le pendant de la passion amoureuse secrète et combattue en vain des filles sensibles : la sensation toujours renouvelée d'insuffisance honteuse, conditionnée par la lutte vaine d'une éthique scrupuleuse contre un instinct inébranlable de la nature.

Ce sont les considérations morales fixes de la société, assimilées comme des suggestions étrangères prêtes, qui causent le malheur. Chaque fois c'est la brochure de vulgarisation populaire qui déclenche complètement le déraillement psychique. Les hommes forts surmontent en luttant les frictions produites par des jugements universels mal fondés pour le sentiment éthique individuel ; les natures banales ne s'en aperçoivent même pas. Mais le caractère sensitif ressemble

à un mouvement d'horlogerie surfin, où le plus petit corps étranger suffit pour tout arrêter.

OBSERVATIONS

OBS. I. — W. B..., né le 6 juillet 1883 en Westphalie ; mécanicien de locomotive à un chemin de fer secondaire Souabe, a été conduit à la Clinique de Tubingue le 29 février 1912 par son frère Justus, parce que, comme son frère l'a raconté immédiatement, il s'était tailladé l'avant-bras dans la nuit du 22 au 23 février ; depuis une année, continua Justus, son frère aurait manifesté le désir de quitter sa place et la petite ville de N... parce qu'il ne pouvait plus supporter ce milieu. On lui faisait tout le temps le reproche de n'être qu'un paresseux. La famille n'y vit rien d'extraordinaire, étant donné qu'on colportait beaucoup de racontars dans cette petite localité et qu'ils en souffraient eux-mêmes. Mais ils le persuadèrent de rester. Il se plaignit de plus en plus qu'on disait du mal à son sujet, en demanda aussi plusieurs fois raison à des personnes qui assurèrent qu'elles ne savaient pas de quoi il s'agissait. En novembre 1911 il loua un appartement personnel, alors que jusque-là il habitait avec son frère et sa belle-sœur. Il avait eu des malentendus avec sa belle-sœur, et le malade soutint qu'il ne pouvait pas les fréquenter, parce qu'ils seraient trop hautains.

Pendant les derniers mois on ne pouvait pas beaucoup l'observer, étant donné qu'il ne venait plus voir sa famille ; quand on allait le voir on le trouvait toujours en train de lire. Il avait de l'intérêt pour beaucoup de choses, par exemple il lisait des livres d'histoire naturelle, des œuvres de Schiller et aussi beaucoup de livres techniques. A part cela on n'avait rien remarqué d'extraordinaire, aussi, après sa tentative de suicide, il était tout à fait sensé et on avait évité de lui en parler. Le frère décrit le malade comme très moyen à l'école, mais très doué dans les travaux techniques ; calme, réticent vis-à-vis des étrangers, mais sans être un original ;

par contre se sentant bien à la maison et en famille ; ami des livres et toujours également travailleur, économe et sobre. D'ailleurs toute la famille vivait dans un certain isolement parce que protestante et émigrée de Prusse, elle ne pouvait pas se faire dans l'entourage souabe et catholique ; on ne connaît pas de cas de maladie mentale dans la famille.

Après être rentré à la Clinique, le malade raconta lui-même qu'il avait été dans sa jeunesse un enfant paresseux et qu'il avait souffert de pavor et énurèse. A l'école il ne lui était pas facile d'apprendre* ; à la maison il pouvait mieux compter qu'à l'école, mais il ne comprenait pas vite. Quand l'instituteur le questionnait, il ne pouvait que répondre d'une façon dubitative parce qu'il n'avait pas confiance en lui-même et se sentait incertain de sa mémoire. Il aimait bien jouer avec des camarades et ses frères.

Après avoir appris le métier de serrurier, il a travaillé avec application et satisfaction ; il avait aussi des amitiés, mais seulement avec des jeunes gens sérieux et non pas avec des dissolus. Au lieu d'aller le dimanche à l'auberge il préférait faire des excursions. Sa timidité le prenait toujours en société et l'ennuyait, surtout avec ses supérieurs avec lesquels il était toujours incertain et ne pouvait jamais parler aussi librement que les autres. Il ressentit de cet état comme quelque chose d'humiliant aux yeux des autres. Avec cela il était très ambitieux : « J'avais toujours l'ambition de savoir davantage que les autres ».

Après son apprentissage il resta pendant trois ans chauffeur de locomotive, après il partit faire son service où il voulut devenir gradé ; il n'y réussit pas, malgré son application. Après il obtint une place à N... comme mécanicien de locomotive et vécut pendant des années d'une façon économe et sobre ; il fut souvent plaisanté par ses camarades à cause de son caractère pédant et calme, mais il ne se fâchait jamais. Il a habité dans sa maison natale jusqu'à la mort de sa mère, en 1909. Il paraît que sa mort avait une très grande importance dans sa vie sentimentale parce qu'il lui était très attaché et qu'il avait ressenti sa perte très douloureusement ;

il aurait beaucoup pleuré à ce moment-là et serait devenu beaucoup plus renfermé qu'avant et souvent mélancolique. Après la mort de sa mère son père et lui-même allèrent vivre dans la maison de son frère marié.

Ce ne fut qu'après un entretien prolongé que le malade confessa au médecin, avec peine, ce qui constituait pour lui la cause proprement dite de sa souffrance psychique. Il se masturbait depuis sa 10^e année, d'abors sans autre peur que celle de la punition. Ce ne fut qu'à environ 19 ans qu'il avait commencé à considérer la masturbation comme un péché grave ; il sentait intérieurement qu'elle était « contre toutes les lois ». Ses camarades plaisantaient au sujet de telles gens et il vécut dans la peur d'être découvert par eux. Il était très religieux, allait souvent et priait que Dieu le délivre de son vice ; son état empira quand il lut, à 23 ans, un livre populaire d'où il retint comme suites de son vice la démence, la perte de mémoire, la ruine des nerfs et de tout le corps. A partir de ce moment-là il était tourmenté par une multitude de maux hypocondriaques ; dans les trois dernières années avant son entrée à la Clinique, le malade réussit, comme il le soutint, à dominer son onanie, mais il souffrit beaucoup de pollutions, qui avaient un effet gravement déprimant. Son état nerveux empira depuis la mort de sa mère et la dissolution de la maison paternelle en 1909. La croyance à sa propre moins-value se renforça de plus en plus ; il croyait que les autres lui étaient de loins supérieurs et qu'ils pouvaient reconnaître en lui son vice, sa dissolution morale et physique. Sa méfiance se dirigeait surtout contre ses camarades, il avait des altercations avec eux et en arrivait même aux mains ; une fois il s'était battu avec son chauffeur, rixe qui avait eu des suites devant le Procureur, mais qui fut classée faute de témoins.

Depuis il n'entendit plus d'injures ; par contre il avait, le soir, dans sa chambre, l'impression d'être guetté. En février 1912 il remarqua des changements à la serrure de sa cantine, il croyait que ses camarades avaient cherché chez lui des livres « défendus » sur l'onanie. Depuis ce temps-là

il fermait même son panier à linge à clef, dans le cas où l'on voudrait examiner son linge pendant son absence pour voir s'il y avait des taches de sperme. Tous ces faits se passaient pendant les derniers temps avant son entrée à la Clinique ; depuis il vécut seul après s'être disputé avec sa famille en juin 1911 ; il était un grand ami des enfants et s'était senti si bien dans la maison paternelle et plus tard dans celle de son frère marié qu'il ne s'était jamais éloigné, sauf pour faire son service. Sa timidité exceptionnelle vis-à-vis des femmes l'empêcha de se marier lui-même. Une seule fois dans sa vie il a eu une amourette, qui a fini au bout de trois semaines parce qu'il voulait trop se permettre au bout du troisième rendez-vous, sur quoi la jeune fille l'avait quitté. A part cela il croyait devoir d'abord se délivrer de l'onanie avant de pouvoir se marier, parce qu'autrement il pourrait transmettre son vice à ses enfants. Les faits qui conduisaient en été 1911 à son départ de la famille de son frère étaient les plus difficiles à lui faire raconter ; après plusieurs réponses à côté il confessa enfin en pleurant qu'il avait fait à sa belle-sœur une offre immorale parce qu'il croyait pouvoir supposer d'après son attitude à son égard l'offre d'une intrigue^o ; elle le repoussa pleine de sérieux, sur quoi il lui demanda pardon et lui fit promettre de ne rien raconter à son mari. Mais il ne crut pas qu'elle n'avait rien dit et était bientôt persuadé que son frère était au courant de tout ; depuis il s'éloigna d'eux de plus en plus et prit bientôt le prétexte d'une petite discussion pour s'en aller.

A partir de ce moment-là il se sentit repoussé et quitté par tous et sa méfiance, même vis-à-vis de ses camarades, s'accrut de la manière décrite plus haut. Le 22 avril 1912 il prit la décision ferme de mettre fin à sa vie tourmentée. Il apporta son livret de caisse d'épargne et ses livres à son frère et pria celui-ci de lui prêter un revolver, mais on avait probablement deviné ses intentions et on ne voulait pas le laisser partir. Après avoir persuadé ses parents de le laisser partir, il rentra chez lui, se coucha tout de suite, mais sans pouvoir s'endormir ; il se leva et réfléchit encore, en faisant

les cent pas, à ce qu'il avait à attendre de son avenir. Même dans une nouvelle place, réfléchit-il, cela n'ira pas mieux ; partout on lira l'onanisme sur ma figure, partout on me méprisera ; il se recoucha et s'entailla les veines du poignet gauche avec son canif. Quand il vit couler le sang il eut une syncope il ne se serait réveillé qu'au bout d'une demi-heure ; la plaie ne saignait plus à ce moment et il était étonné d'être encore en vie. Il comprit tout de suite la bêtise de sa tentative de suicide, il se vêtit tout de suite, car il avait le désir impérieux, malgré l'heure avancée, d'aller voir son frère. La sensation de tension qui avait pesé sur lui tellement lourdement avait tout à fait disparue. La plaie fut pansée par son frère et il resta, à partir de ce moment-là, chez eux. Ses parents le recevaient comme si rien ne s'était passé, ils étaient plutôt gais et parlaient beaucoup au sujet de son avenir.

Après avoir raconté, le 29 février 1912, de cette façon, toute l'histoire de sa vie au médecin du service des rentrants, le malade discuta d'une façon tout à fait sensée la question de son occupation future, parce qu'il s'était rendu impossible comme mécanicien de locomotive à cause de sa tentative de suicide ; mais il espérait pouvoir bientôt gagner sa vie, dans une position qui comportât moins de responsabilité. Dans les premiers jours de son séjour à la Clinique il était, la plupart du temps, mais pas tout le temps, d'humeur déprimée, était réticent vis-à-vis des autres malades, lut beaucoup et pleura parfois. Son comportement était tout à fait naturel, l'examen physique ne révéla rien d'important. Déjà vers le milieu du mois de mars 1912 son humeur était devenue bonne, d'une façon durable ; dans un entretien il était avare de paroles, mais aimable. Pendant tout son séjour il ne se forgea pas d'idées fixes malades, n'avait plus des intentions de suicide et ne montra dans son caractère absolument rien de psychosique. Maintenant il demande énergiquement qu'on le laisse partir chez lui parce qu'il se sent parfaitement bien et obtient une sortie le 20 mars 1912. Jusqu'à quel point il avait corrigé ses idées fixes antérieures ne ressort pas en détail de l'histoire de maladie ; que ceci ne fut pas le cas

complètement paraît contenu dans le fait qu'il n'obtint sa sortie que contre un revers du père.

Catamnèse 1926 : La mairie communique que Br. est mort fin septembre 1912 comme émigrant en Afrique occidentale. On ne pouvait pas obtenir de précisions.

Obs. II. — Nous donnons à cette histoire de vie psychopathique tout de suite un pendant d'un milieu paysan.

Bernhard Br..., paysan et artisan, né le 3 octobre 1883, fut amené à la Clinique de Tubingue par son père le 26 septembre 1913. Déjà avant il avait été envoyé par un avocat, auprès duquel il s'était informé s'il pouvait être condamné parce qu'on l'avait vu se masturber il y a trois ans. Un frère du père aurait souffert d'une maladie mentale chronique avec des idées de grandeur, mais n'aurait jamais quitté ses occupations malgré ça.

Le malade était très déprimé, souvent on avait l'impression qu'il allait fondre en larmes. Il raconta d'une façon calme et aimable. L'évolution extérieure des faits a été confirmée par le père. Il aurait toujours été un homme mou, très impressionnable et craintif. Déjà à l'école il aurait évité toutes les disputes par manque de courage. Il aurait pleuré à propos de tout et de n'importe quoi. Avec cela il aurait bien étudié à l'école, même plus tard il aurait bien compris son métier. Une sensation de malaise anxieux le prendrait souvent au milieu d'une foule ou bien quand il regardait du haut d'un pont. Il ne serait pas méfiant de nature ni enclin vers des sauts d'humeur durables. Mais à cause de sa timidité il n'aurait que peu fréquenté des gens et serait allé très rarement au café, le dimanche, avec des camarades. Il n'aurait pas de courage, c'est pour cela qu'il ne serait pas encore marié.

Une fois, il y avait de cela à peu près huit ans, il aurait bien voulu avoir une jeune fille ; un beau jour celle-ci lui aurait écrit une lettre d'adieu parce que ses parents auraient été contre cette union ; il en aurait beaucoup souffert. Il n'aurait pu croire autrement (et le croyait même maintenant) que

les gens du village auraient raconté des potins sur son compte. Mais, comme il ne pouvait pas apporter de preuves, il aurait laissé reposer l'affaire.

Il y a trois ans lui serait tombé entre les mains un cahier sur l'onanisme, dans lequel il était écrit que celui-ci était ce qu'il y avait de plus mauvais et qu'il ruinait complètement le corps et l'âme ; à ce moment-là il avait un nouveau et grave sujet d'inquiétude. Depuis sa 14^e année il se serait masturbé et assez fréquemment ; depuis des années il n'aurait eu aucune relation avec une femme, et depuis ces derniers temps il souffrait de pollutions fréquentes. Depuis la lecture du cahier sus-mentionné il commença à se faire les reproches les plus violents, croyant avoir gravement péché et miné sa santé. Et maintenant l'idée lui vint que quelqu'un aurait pu l'avoir vu en se masturbant, il serait la risée de tout le monde et pourrait être condamné à un minimum de six mois de prison pour attentat à la morale publique. Cette idée lui apparut de plus en plus comme une certitude. Déjà avant il se sentait gêné en traversant la rue, maintenant il s'imaginait que les gens qui parlaient ensemble dans la rue ne parlaient que de lui et de son histoire. Avec le temps ces choses-là s'estompaient un peu, il « n'aurait pas tellement pensé à cela », et fit son travail comme un autre. Les reproches qu'il se fit à lui-même à cause de l'onanisme et l'observation anxieuse de son état physique, surtout des troubles génitaux, continuèrent, et il ne perdit pas non plus sa méfiance vis-à-vis des gens. Au printemps 1913 il crut avoir injurié une voisine un dimanche soir en état d'ivresse ; il l'aurait injuriée parce qu'elle aurait parlé de son onanisme. A partir de ce moment-là il était de nouveau très inquiet parce qu'il croyait que la voisine porterait plainte à cause des injures et alors on l'enfermerait. Peu de temps après il remarque de nouveau que les gens s'arrêtent dans la rue pour parler de lui. La moitié du village aurait entendu ses injures à la voisine et tous témoigneraient contre lui ; on parlait aussi au sujet de sa masturbation comme avant. Toutefois il croyait ses amis quand ceux-ci venaient le voir et lui dire

que tout ceci était de l'imagination pure. Mais le lendemain ses pensées le reprirent comme avant.

Le père du malade confirme que celui-ci serait devenu « autrement » depuis le printemps 1913 et aurait souvent parlé des choses susmentionnées. « Il dort peu, réfléchit tout le temps et soupire ». Il réfléchissait toute la journée, n'avait pas la tête à son travail, tout en étant appliqué et ordonné. Le soir il se hâtait de manger et dit par exemple : « si je vais en prison c'est la faute à ceux qui ont porté plainte contre moi ». « Je ne reste plus ici, j'irai en Amérique », et d'autres choses de ce genre. Le plus souvent il était triste ; on n'a jamais remarqué qu'il entendait des voix, il ne se dispute jamais avec ses supposés adversaires. A peu d'exceptions près il n'a jamais bu que très peu.

Pendant son séjour à la clinique (du 26 septembre jusqu'au 17 novembre 1913) Brenner était calme et timide ; il répondait aimablement et n'avait jamais à se plaindre. Pendant les premières semaines il se sentit mieux sous la protection de la clinique. Mais bientôt il commença même ici à prendre pour lui le rire des camarades, les discussions des gardiens, des phrases des médecins ; il s'agissait toujours ici d'une mauvaise interprétation de réflexions réellement faites. Il crut qu'à la clinique on voulait l'amener en prison et qu'on était en train de rassembler du matériel pour cela pendant son observation. Depuis on le voyait souvent d'humeur déprimée et renfermée et quand il arrivait à parler de ses idées il devenait malheureux jusqu'aux larmes et irrité ; il désirait mourir ou bien ne plus se réveiller le lendemain. Une nuit, le 17 novembre 1913, il s'évada de la clinique et se réfugia à la maison. Son père annonce par lettre qu'il lui est arrivé en bon état. Un mois après le malade revient de lui-même à la clinique et prie qu'on lui donne un certificat pour que les gendarmes ne puissent rien lui faire.

Catamnèse, donnée par le père, en juillet 1917 : le malade va maintenant assez bien, il reconnaît la psychose qu'il a faite à la clinique, depuis il n'a pas fait de nouvelles idées délirantes. Il garde un souvenir aimable aux médecins de la cli-

nique et leur envoie du miel en cadeau. Dans la maison paternelle il travaille avec application, même avec une certaine précipitation, de telle façon qu'on doit souvent le retenir.

Son travail est aussi bon qu'avant, son intelligence est toujours claire, son comportement ordonné. Des traits manifestement dépressifs tels que des idées de suicide ne sont jamais plus ressortis. Pendant un certain temps il avait encore de la méfiance vis-à-vis de certaines personnes, mais cette méfiance disparut ensuite ; par contre il garde encore une certaine anxiété quand il voit le gendarme ; il arrive aussi fréquemment qu'on le voie réfléchir quand il est seul dans l'atelier. Son caractère est resté tel qu'il était dans sa jeunesse, c'est un homme bon, timide, toutefois facilement irritable, mais avec cela aimant toujours la paix, de telle façon qu'il vit dans la meilleure intelligence avec sa famille et les voisins. Il aime bien rendre service à qui que ce soit et est très sérieux et adroit. Il vit seul avec ses parents qui doivent lui laisser plus tard la ferme ; il n'a plus des idées de mariage.

Catamnèse 1926 : il a bien fait son travail toutes ces années comme cultivateur et comme ouvrier. Il se sent assez bien, n'a plus eu de troubles et n'a jamais plus revu un médecin. Depuis le 3 février 1921, il est marié et a trois enfants, deux fils et une fille, tous en bonne santé. Il me remercie aimablement de lui avoir écrit et de m'occuper de sa santé.

La psychose de Brenner correspond comme celle de Bruhl au type d'évolution chronique, paranoïaque simple, mais elle se divise par des effets d'expérience vécue en des tronçons assez bien séparés les uns des autres. Un petit prélude de méfiance malade causée par ses fiançailles manquées sert d'introduction à la maladie cinq ans avant l'installation définitive de celle-ci. La lecture d'une brochure populaire réveille le délire de masturbation dans son mélange caractéristique d'hypocondrie et d'auto-relation. Ce délire s'atténue sous l'influence du temps pour reprendre encore une fois sous l'influence d'une parole mal venue tombée dans

l'ivresse. La fin est après une durée de trois ans la même que celle des autres cas dont nous possédons une catamnèse : guérison relative avec travail normal et reconnaissance satisfaisante de la maladie. Plus tard guérison définitive depuis quelques années.

Les sources sur le tableau de caractère de Brenner sont peu riches, mais la composante asthénique, une mollesse et une timidité extraordinaires, un manque de courage de vivre semble prédominer, mais toutefois avec une capacité de vie certaine. Il faut remarquer comment chez Bruhl et Brenner font leur apparition, dans une liaison psychologique intime avec le délire de relation sensitif, des groupes d'idées malades séparés, qui se rapprochent de certains types de la paranoïa de KRAEPELIN. Chez Bruhl s'insinue dans la psychose sensitive une phase de « folie érotique », un délire d'amour vis-à-vis de sa belle-sœur qui prend naissance dans le désir refoulé du rêveur, qui souffre intérieurement de sa solitude et de son célibat.

Brenner, par contre, édifie avec ses idées de relation un délire de persécution assez fixe, systématisé et jusqu'à aujourd'hui pas encore tout à fait disparu, en croyant toujours gendarmes et tribunaux derrière lui. Cette variante sensitive du délire de persécution se distingue du délire de persécution du névrotique batailleur et des mélanges de caractère primitif-expansif par la sensation déterminante de la responsabilité propre. Les deux cas de Bruhl et de Brenner montrent un tableau de psychoses paranoïaques graves qui peuvent se développer sur un terrain de caractère sensitif à partir des remords de conscience des masturbateurs. Les deux cas qui suivent, par contre, montreront, les degrés de transition de cette maladie mentale complètement développée, jusqu'aux sensations légères de relation susmentionnées des neurasthéniques sexuels simples.

Obs. III. — Antoine Kafer, né le 6 octobre 1885, chaudronnier. C'est le fils d'un buveur, qui est très irritable, une sœur également irritable et de caractère sérieux. Un frère du père et l'enfant d'un frère ne seraient pas tout à fait normaux. Le malade était tout à fait moyen à l'école, était timide, béguyait et était un enfant calme et sérieux. Il était beaucoup seul parce que ses camarades se moquaient de lui. Plus tard il aurait été un homme appliqué et sobre qui reçut de bons certificats par ses maîtres.

Le 14 septembre 1909 on reçut à la clinique de Tubingue le certificat suivant par son médecin local :

« Kafer Antoine, serrurier d'ici, doit être admis d'urgence dans un asile. Il est soigné depuis quelques années pour des troubles sexuels et de la neurasthénie par correspondance par un sanatorium S. à G., sans scrupules et apparemment dirigé par des médecins. Le dirigeant de cet institut étant mort, le malade a été sollicité de nouveau par le successeur du célèbre docteur X pour qu'il continue son traitement. La confiance superstitieuse du malade en ce médecin était inébranlable, mais maintenant je l'ai tout de même persuadé d'essayer une clinique de maladies nerveuses de province au lieu de partir à G., comme c'était son intention. Kafer a vingt-trois ans, c'est un masturbateur intensif précoce, qui souffre de spermatorrhée, éjaculation prématurée et autres troubles semblables. Ces troubles dominent actuellement toute la vie imaginative de Kafer ; à ces troubles sexuels s'ajoutent depuis quelques temps des anomalies de plus en plus prononcées de la vie intellectuelle et psychique. Par exemple, il ne prend jamais le tram, parce qu'il voit à la mine des autres ce qu'ils pensent à son sujet ; il se croit continuellement observé à cause de son état sexuel anormal. Considérant les effets durables de ces troubles sexuels neurasthéniques sur l'ensemble des idées du malade je crois son internement nécessaire...
Signé : Docteur V...

L'état du malade qui avait déjà plusieurs fois refusé d'aller à la clinique empirait dans les jours précédant son admission à la clinique. Il était énervé, avait peur et crut qu'il mour-

rait ; le médecin du Sanatorium de G. causerait son malheur. Il n'avait pas beaucoup d'allant pour son travail, se sentit mal. Il remarqua que ses camarades plaisaient à son sujet. A son travail il fit des fautes, ce qui ne lui était jamais arrivé, il ne pouvait pas se rappeler ce que le contremaître lui expliquait ; le 16 septembre après midi il resta chez lui et sentit « sa tête embrouillée » ; le lendemain matin il resta dans son lit jusqu'à midi ; il avait l'impression que sa famille voulait l'examiner pour savoir s'il avait la tête saine. Il avait la tête lourde. A son admission à la clinique, le 20 septembre 1909, il donna des renseignements détaillés au sujet de toutes ces choses et de toute son histoire ; il raconta comme il s'était fait des soucis depuis sa dix-huitième année environ au sujet de pollutions et d'éjaculations nocturnes prématurées et comme il avait ressenti peu à peu des maux de tête, une sensation d'asthénie, et de la fatigue. Il aurait consulté un médecin après l'autre, à la fin une brochure sur des maladies de la moelle épinière lui serait tombée entre les mains et par le questionnaire contenue dans celle-ci il en serait arrivé finalement au traitement par correspondance du sanatorium susmentionné.

Kafer était dès le début parfaitement ordonné, avait une intelligence normale, pas d'illusions et était d'humeur égale, également déprimée. Il présenta des troubles nerveux généraux et des craintes hypocondriaques. A l'examen physique on trouva des symptômes de nervosité comme le pouls irritable, accéléré, une dermographie augmentée et exagération des réflexes. A la clinique il fit preuve d'un caractère calme, timide, réticent vis-à-vis de ses camarades, mais toujours aimable.

Déjà mi-octobre son état s'améliora sous l'effet d'un traitement psychique. Vis-à-vis des médecins il était confiant, se sentit mieux, n'avait plus des idées de relation et de persécution. Quand il avait de temps en temps une pollution, il mit au courant le médecin, il était soucieux mais facile à rassurer. Au début de novembre il avait beaucoup meilleure mine et n'avait presque plus de pollutions. Il se sentit revi-

goré, désira travailler de nouveau et était très reconnaissant. Le 7 novembre 1909 il sortit étant très amélioré et délivré de toute idée délirante.

Le trouble psychique de Kafer se trouve d'après son degré d'intensité dans le sens de nos définitions données plus haut, à la limite d'une névrose de relation, mais qui monte à son point culminant jusqu'au délire de relation. Après un stade de névropathie sexuelle simple nous trouvons un autre stade sexuel-hypocondriaque ; nous trouvons également un troisième stade névrotique de relation. Cette évolution est en soi-même tout à fait régulière, dans ce sens que, la conviction toujours présente du désordre psychique et physique causé par le vice causera avec une nécessité psychologique l'idée que les suites de cette ruine sont visibles à première vue pour les autres. Tout en reste là pour les neurasthéniques sexuels ordinaires. Chez les névrotiques sensitifs, par contre, cette idée trouve son affinité spécifique dans la base de caractère, où il peut en ce moment prendre racine et couvrir bientôt le cycle d'imaginings hypocondriaques primaires. L'exacerbation réactive avant l'administration à la clinique se rapproche un peu de la psychose de fatigue d'II. Renner en tant qu'on peut remarquer des ébauches de dissociations, d'immunité de la mémoire, sensations étranges (il ne sait pas ce qui lui arrive) des mécanismes d'obsession (il doit sourire devant lui). Aussi l'ébauche fugitive pour un système délirant de persécution, dont le centre serait le guérisseur, est remarquable dans ce stade qui ne dure que quelques jours. La maladie est d'ailleurs très légère et disparaît déjà au bout de quelques semaines.

Dans le cas qui suit, le délire de relation évolue d'une façon encore plus légère. Il ne se sépare pas ici

comme chez Kafer pour continuer pendant une certaine période un motif indépendant, mais il reste dans le cadre du tableau général nerveux.

J. Pernsberger, né le 25 juin 1881, confiseur, est amené le 17 avril 1916 du front français à la station neurologique de Mergentheim, après avoir pris part pendant deux mois comme soldat infirmier aux batailles autour de Verdun. Il aurait été étonné lui-même de la facilité avec laquelle il faisait son service étant donné la faiblesse de ses nerfs. Toutefois il aurait toujours été un peu anxieux et inquiet sous le feu ; mais seulement le 23 mars après avoir apporté son rapport sous un feu d'artillerie soutenu à travers le champ ouvert il serait tombé malade. Il serait arrivé tremblant des pieds et des mains, de peur ; il n'aurait pas su céder, n'aurait pu ni tenir debout, ni marcher, ni manger et aurait eu plusieurs fois des petites syncopes. Maintenant il se sentait fatigué, dormait mal, était faible et sa tête n'était pas claire. En quittant la maison il sentirait une incertitude anxieuse^e ; il croit que tous les gens dans la rue le regardent. Il ne peut pas prendre une décision. Son humeur serait parfois assez bonne ; souvent il serait à partir du matin de mauvaise humeur et cela sans cause. Ou bien la bonne humeur disparaîtrait subitement, pour faire place à un manque d'intérêt déprimant, où il se sentait vide et ne pouvait plus trouver un intérêt quelconque à quoi que ce soit. Le malade est de taille moyenne, élancé maigre, cheveux rougeâtres, descendant très bas sur le front, peau tendre, front fuyant, oreilles décollées et les yeux brillants et mobiles. Le cœur est accéléré, irritable, les veines du front ressortent beaucoup. A part un tremblement léger à petite amplitude des mains et une diminution limitée de la sensibilité à la douleur sur la partie antérieure du tronc il n'y a rien de remarquable au point de vue physique. Le malade répond d'une façon aimable et attentive et fait preuve en détaillant sa propre description d'une intelligence assez bonne ; malgré une certaine mollesse de caractère, il n'y a pas de tendance à la sentimentalité et d'exagération.

Questionné sur ses antécédents il raconte la chose suivante : naissance illégitime, père buveur, qu'il avait connu à peine, mère nerveuse et irritable, une sœur de la mère encore plus nerveuse que celle-ci. A l'école il avait étudié avec difficulté, il aurait toujours été irritable, timide, craintif, mais d'un tempérament enjoué., il n'aurait jamais supporté l'alcool. Il était très apprécié dans son métier et avait de bonnes places dans de grands magasins, mais il changea souvent, en partie parce qu'il s'était disputé, mais surtout pour son éducation et pour voir le monde.

Dans sa vie professionnelle ressort surtout une conscience en rapport avec une ambition très tendue.

Alors qu'il avait été jusque là qu'un homme nerveux, sa maladie proprement dite commença dans sa dix-neuvième ou vingtième année ; maintenant il commença à lutter contre sa masturbation qu'il avait pratiquée depuis son apprentissage, et pas tout à fait sans scrupules, d'une façon énergique mais sans succès, et ceci de plus en plus, à mesure qu'il devenait conscient de sa nervosité et reconnut en lisant des brochures populaires et de réclame, les symptômes de celle-ci comme suite de son « vice ». Il aurait lutté contre son habitude avec une telle violence qu'il se cognait parfois dans son désespoir la tête contre le mur et qu'il avait des idées de suicide. En ce temps il aurait commencé à remarquer que les gens dans la rue le regardaient, qu'on parla au sujet de son onanisme. Ceci était simplement sa conviction, il n'avait jamais entendu de mots détaillés.

Dans sa vingt-troisième année, son état empira après qu'il eut pour la première fois un accès dans la rue. Il s'était disputé avec son maître, son congé l'avait mis dans en état d'irritation marqué, qui dura les jours suivants jusqu'à son départ ; peu d'heures avant celui-ci il entendit derrière son oreille une voix chuchotante, qui parla d' « éternité » et choses religieuses, puis il avait un vertige et une sensation d'angoisse et il perdait connaissance. Il ne sait rien de plus précis ni au sujet de cet accès, ni au sujet d'autres accès qu'il eut dans les années suivantes à l'occasion d'une irritation, car il essaya de les cacher le plus possible.

Depuis c'était surtout la peur de l'accès qui le domina ; il avait cette peur quand il était parmi les gens, à la salle de concert, etc. ; dès qu'il eut cette pensée il devint énervé, il eut des vertiges, des palpitations et souvent il partit au milieu d'un spectacle, parce que cette pensée lui devint insurppossible. Cette évolution aboutit finalement à une véritable agoraphobie, qu'il ressentit vivement comme une maladie et contre laquelle il lutta sans pouvoir la surmonter. Il devint tellement misanthrope qu'il aurait passé plus d'un après-midi du dimanche au lit, rien que pour ne voir personne. L'inclinaison vers l'autorelation persista.

Mais en tout le malade est d'avis que vers sa vingtième année c'était la lutte contre la masturbation et la fureur de relation, après sa vingt-troisième année la peur de l'accès et l'agoraphobie qui étaient au premier plan. De plus sa maladie aurait évolué avec des hauts et des bas notables, en tel sens qu'après des interruptions plus calmes une irritation, l'onanie, une erreur dans son travail auraient causé un état plus mauvais. Etant donné son caractère religieux, une fréquentation de l'église le consolait beaucoup à ces moments ; il consultait aussi souvent des médecins neurologues et commença avant tout de s'éduquer soi-même d'une façon constante. Il fit de la gymnastique physique, des ablutions froides et se fit pour chaque jour d'avance un horaire pédantiquement détaillé. L'angoisse qui le tourmentait en relation avec la masturbation s'estompa de plus en plus depuis qu'il s'était habitué de se satisfaire de façon naturelle. Pendant les dernières années avant la guerre, il ne se sentit plus à proprement parler malade, il n'avait plus d'accès et était plus libre et plus fort, devint de nouveau sociable et pouvait même se rendre à des assemblées plus grandes. Par la guerre les troubles anciens ont recommencé, mais il s'améliora vite. Il envisagea sa maladie dès le début avec compréhension sans peur exagérée et avait pour les médecins une confiance calme. Le délire de relation est aujourd'hui complètement corrigé sans aucune réserve, sans que le malade puisse dire depuis quand ; il pâlit peu à peu dans le cours des années avec le renforce-

ment général de la santé nerveuse ; dans la maladie actuelle de guerre sa sensation de relation n'était que faible et n'avait pas ressuscité jusqu'à une formation délirante. A sa sortie de l'hôpital militaire, le 5 juin 1916, il en était tout à fait délivré, avait bonne mine, dormait bien.

Le groupe du délire des masturbateurs reçoit donc sa spécificité clinique d'abord par le trait hypocondriaque dans le tableau de la maladie ; il s'agit ou bien, comme dans le cas de Kafer, de plusieurs stades qui se font suite, le stade sexuel-névrotique hypocondriaque et névrotique de rapport ou bien escomptant s'interpénètrent dès le début.

Mais ici aussi il y a des effets de milieu qui donnent à ce groupe sa coloration spéciale. Le jeune paysan comme B. Brenner est dans la vie villageoise un type social réel, comme par exemple dans la petite ville la vieille fille. Un véritable paysan est toujours marié, précisément parce que sa position économique et sociale le demande. Il n'y a que les valets et les originaux pour rester célibataires. Ainsi le célibataire est considéré comme une sorte de *minus-habens* ; il se trouve donc acculé dans une position sociale défensive d'une façon semblable que la vieille fille ; et tout cela d'autant plus qu'il ne peut percer avec sa timidité molle ni à l'école, ni à l'auberge. Ainsi la base des caractères névrotiques, l'isolement social humiliant et la masturbation se complètent mutuellement et forment la triade pathogène de caractères, des lieux et expériences vécues.

Les gens du type BRUHL qui passent leur temps libre dans leur chambre en étudiant et qui préfèrent, le dimanche après-midi faire des excursions au lieu d'aller à l'auberge, auront toujours dans la masse de leurs camarades une position exposée. Ils seront

considérés comme vaniteux et originaux et ils seront en butte à la plaisanterie et aux potins, et cela non seulement de façon imaginaire. Il faut encore y ajouter des détails, comme la naissance illégitime de PERNBERGER, ou la situation tendue dans laquelle se trouve BRUHL en tant que protestant immigré du nord dans la petite ville catholique de Souabe. Ils sont *Les Hommes Solitaires*, qu'on ne laisse pas poursuivre tranquillement leur chemin et qui offrent à la lutte de la vie d'autant plus de plans d'attaque qu'ils sont moins à même de se défendre.

5° Travaux récents de la littérature de langue anglaise

Dans la littérature de langue anglaise, en particulier dans la littérature américaine, le problème des relations de la masturbation et des troubles mentaux a été l'objet de nombreux travaux récents, parmi lesquels nous mentionnerons en particulier celui de MALAMUD et PALMER (rôle played by masturbation in causation of mental disturbances, 1932). Ce travail repose sur un matériel de 500 cas, dont les auteurs publient 50. Parmi ceux-ci, les auteurs distinguent trois groupes, selon que la masturbation joue le rôle d'un facteur essentiel, d'un facteur important entre autres ou d'un facteur occasionnel.

Les troubles en rapport avec la masturbation leur apparaissent comme plus fréquents chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 70 % contre 30 %. Chez l'homme, les troubles s'étalent sur toute la vie avec un maximum entre 16 et 20 ans. Chez la femme, ces troubles s'arrêtent à la ménopause, avec un maximum entre 36 et 40 ans.

Il existe une prédisposition héréditaire et constitu-

tionnelle avec réaction psychique anormale dans environ 70 % des cas.

En ce qui concerne la nature de ces réactions psychopathiques, on observe essentiellement des névroses, des états de dépression et des épisodes paranoïdes, c'est-à-dire des troubles fonctionnels, ce qui souligne le caractère psychogénique du mode d'action étiologique de la masturbation.

Quant à la relation entre les troubles psychiques et la masturbation, les auteurs insistent sur les points suivants :

1) *La maladie apparaît le plus souvent après le début des pratiques masturbatoires ;*

2) *Elle ne contient aucune relation avec la durée et la fréquence de ces pratiques ;*

3) *La maladie commence tantôt au cours de la continuation de la masturbation, tantôt après son interruption ;*

4) *Dans tous les cas, les troubles paraissent reposer directement sur la crainte des conséquences et le sentiment de culpabilité.* Ces réactions psychologiques apparaissent souvent comme la suite d'avertissements ou de lectures erronées. Dans certains cas, il n'est pas possible de préciser si ces réactions sont d'origine extérieures ou spontanées ;

5) *Quoi qu'il en soit, elles apparaissent comme un centre du conflit, soit que le sujet ne puisse abandonner ses habitudes, soit que les ayant abandonnées il conserve la crainte qu'elles n'aient causé un dommage irréparable.*

Enfin les auteurs insistent sur les heureux effets d'une psychothérapie qui ne se limite pas à déceler le conflit, mais s'attaquent aux circonstances mêmes qui ont accompagné la prise des habitudes solitaires.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE ; OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

TYPE DE RÉACTION NÉVROTIQUE A LA MASTURBATION CHEZ UN SCHIZOÏDE

B. P..., 18 ans, d'une famille israélite russe émigrée en France après la révolution de 1917, vient consulter dans le service du Professeur Henri Claude, amené par sa sœur.

D'après les renseignements donnés par sa sœur, le malade inquiète sa famille par des emprunts d'argent répétés avec lesquels il achète des livres et des brochures ; des fugues d'ailleurs conscientes et motivées, par exemple par des notes scolaires insuffisantes ; il ne montre aucune volonté, aucune activité pour son travail ; il se plaint aussi de solitude morale, tant au lycée qu'à la maison.

Les antécédents héréditaires sont assez chargés. Les parents sont sains, mais ils sont cousins germains. Le grand-père maternel était schizoïde. Le père exerce une profession modeste grâce à laquelle il fait vivre sa famille. Ils ont fait de grands sacrifices pour élever leurs trois enfants. L'aîné, vingt-trois ans, semble avoir fait une névrose obsessionnelle contre laquelle elle a lutté en s'isolant et par la volonté. La seconde est également névrosée : elle souffre d'une grande insatisfaction de son besoin d'aimer et d'être aimée dans sa famille ; elle voudrait aller dans une autre famille ; elle est prise entre son plus jeune frère et sa sœur, à qui elle reproche sa tyrannie. Les relations sociales présentent des troubles corrélatifs ; elles sont à peu près impossibles ;

dans la rue elle ne se sent pas naturelle, affectée ; si elle rencontre un homme elle a l'impression qu'il fait des réflexions sur son passage : « Quelle tête ! Oh là là ! », dans la famille elle est très agressive, analyse trop et dit à un chacun ce qu'elle croit la vérité. Elle reproche à sa mère d'être à l'origine de leurs difficultés.

En résumé, sans nous attarder à discuter le diagnostic des deux sœurs, nous sommes en présence d'une famille dont les parents sains (avec hérédité caractérielle schizoïde dans le cas de la mère), mais cousins germains, ont trois enfants gravement névrosés. Ce sont la névrose familiale et la famille névrotique dans toute la force de ces termes.

Au point de vue somatique, aucun antécédent défavorable. L'examen est à peu près négatif, mis à part un léger tremblement digital, une tension artérielle un peu élevée (16 1/2-9 au Vaquez), un pouls un peu rapide (P : 76). il ne s'intéresse pas à son lycée. Il est indisposé contre les professeurs, leur façon d'enseigner, se forme un idéal d'enseignement.

A la maison il est mal à l'aise. Il reproche à sa mère d'être faible ; il aime mieux son père. Il ne peut pas supporter sa plus jeune sœur avec laquelle il a des conflits parfois violents. Il ne peut pas supporter quand elle chante.

Il se sent seul dans sa famille. Au dehors, il n'a pas d'amis. Il souffre de n'être pas comme les autres : on le méprise ; il a des idées spéciales et on riait de lui ; il les exprimait. Il se croit supérieur aux autres, mais ne peut leur transmettre ce qu'il a en lui.

Il se réfugie dans des rêveries. Dans le réel, ça le dégoûte. Il forme dans les rêves des choses qui ne peuvent pas exister.

Par rapport à l'argent (les ressources de la famille sont très limitées), il a un comportement compulsif. Il se sent forcé à en emprunter et à le dépenser, généralement en livres, journaux et brochures, surtout en romans de la médiocrité desquels il se rend parfaitement compte. Il a des tics depuis son enfance.

Quant aux fugues, ça ne lui est arrivé qu'une fois : il ne voulait pas montrer à ses parents son bulletin trimestriel à

cause des mauvais résultats : ceux-ci n'étaient pas dûs à sa paresse, mais il avait peur qu'on ne le comprît pas et qu'on le retirât du lycée. Ses parents font beaucoup de sacrifices, il fait tout le contraire de ce qu'il devrait faire.

Il attribue tous ses maux à l'onanisme et à son excès (il se masturbe environ deux fois par jour). Quelquefois il a mal à la tête, ça tourne. Quelquefois il le fait pour dormir ; la masturbation s'accompagne de fantasmes banals (jeunes femmes). Elle a commencé vers quatorze-quinze ans, par la masturbation mammaire.

Le visage est pâle, le regard fuyant, la voix couverte.

Comme ce sujet était venu consulter peu avant les vacances d'été, on le prend au service libre où on lui fait subir une pyréthothérapie (huile soufrée). L'isolement et le traitement donnent de très bons résultats immédiats : disparition complète de l'onanisme, moins d'anxiété, plus de tics.

Au mois d'octobre, après un séjour à la campagne, il revient dans sa famille et recommence alors à s'énervier et à se masturber.

Le malade est confié, ainsi que sa plus jeune sœur, à un psychanalyste.

Commentaires

La masturbation apparaît au centre de la névrose : « tout vient de là », dit le malade. Sa persistance, sa fréquence entraînent avec le sentiment de culpabilité et la répercution hypocondriaque, la majoration de son rôle. Plus ou autant qu'une cause, elle est une expression entre autres de la névrose de P. B.

Cette masturbation peut d'abord être considérée avec l'homosexualité de développement, comme une des deux expressions typiques de la sexualité des adolescents. Au point de vue de l'évolution de la personnalité, ce qui caractérise cette phrase de transition, c'est un certain repliement sur soi-même, le dévelop-

pement du moi en même temps que le sentiment de sa faiblesse et de sa solitude, le besoin d'appui et la méconnaissance d'autrui, surtout des adultes, des parents, la difficulté relative des contacts sociaux.

L'évolution normale se fait vers l'hétérosexualité en même temps que l'homosexualité de développement se sublime dans une réconciliation avec les autres, le sentiment de la solidarité, la possibilité de la coopération.

Chez B. P. cette évolution à 18 ans ne s'ébauche pas.

On peut incriminer dans une certaine mesure les conditions sociales, la nationalité et la race, l'immigration dans une communauté par rapport à laquelle il se sent étranger et inférieur.

Mais cette évolution n'était pas fatale. L'élan personnel est insuffisant pour inscrire dans la réalité une protestation virile qui l'épuise en de vaines rêveries. Le Moi est trop faible pour que B. P. arrive à triompher de ses habitudes solitaires.

La faute en est pour une très large mesure au milieu familial dans lequel n'ont pu s'élaborer les liens affectueux qui sont la base des relations sociales. La difficulté des rapports sociaux, la timidité, les sentiments d'infériorité, la « névrose de relation » bien visible chez le malade et sa jeune sœur, sont une répétition de la maladie du lien familial.

La en cause est due aussi sans doute à des hérédités défavorables, dont nous ne connaissons que les dispositions schizoïdes du grand-père maternel, mais que la parenté proche du père et de la mère a dû accumuler.

Au point de vue caractériel on trouve chez B. P. la bipolarité asthénique-sthénique décrite par KRETSCH-

MER chez les sensitifs : disposition à la dépression, à l'anxiété, aux sentiments de culpabilité, mais aussi tendance à se surestimer et à mépriser les autres.

OBSERVATION II

TYPE DE DÉLIRE DE RELATION DES SENSITIFS

Terr... Fernand, né le 5 novembre 1895, à Paris, dessinateur, entre volontairement à l'asile clinique Sainte-Anne, le 11 août 1934, avec le certificat d'entrée suivant, daté du 9 août 1934 :

...En observation au service de prophylaxie mentale depuis le 19 juillet 1934, et avoir constaté qu'il est atteint de délire d'interprétation et hallucinatoire à thème de persécution.

Début remontant à plusieurs années. Sentiment de culpabilité parce qu'il se masturbait. Envoie à cette époque une lettre à son chef de bureau pour lui expliquer l'origine de sa mauvaise habitude. Depuis, partout où il va, on fait allusion à lui, on chante « si par hasard tu vois ma tante », cette chanson ayant été visiblement inspirée par son cas, on fait des plaisanteries continuelles sur son compte.

Hallucinations cénesthésiques : on lui envoie des rayons électriques qui lui font descendre les testicules, pour l'empêcher de se masturber. Dans sa chambre on regarde, on écoute toute ce qu'il fait, on lui fait des réflexions. On joue à la T. S. F. des pièces inspirées de son cas.

Extension progressive à des thèmes politiques : il est rejeté de l'*Action Française* pour sa moralité, la police, alliée aux communistes, le surveille, etc.

Absence de réactions actuelles. Sang : négatif.

L'état psychopathique de ce malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés.

Signé : Docteur P...

A. H..., père décédé à soixante ans au cours du deuxième temps d'une prostatectomie. Très bien portant. Très actif. Avait fait prospérer plusieurs affaires (couleurs, écrous ; après

des revers de fortune, il fait des travaux de comptabilité). Concessionnaire de produits allemands.

Difficultés dans le ménage. Mésentente familiale. Femme nerveuse ayant subi l'ablation des ovaires, opération qui a retenti sur son caractère.

Père assez calme, gai, aimant la société. Sobre, plus débrouillard que persévérant (le malade tend à excuser son père et à accabler sa mère).

Mère 63 ans décédée. Caractère fantasque. Ter. la dit « possédée par le démon de la domination ». Un peu rancunière. Rend la vie difficile aux membres de la famille. Tendance à boire. Nervosité surtout au moment des repas. Jalousie très vive vis-à-vis du père. Une fois l'a attendu derrière une porte avec un revolver. Divaguait parfois, mensongère.

A. C. — Frères et sœurs :

Fernand trente-huit ans, a quitté la maison paternelle avant sa majorité. On n'a pas de ses nouvelles.

Germaine, trente-sept ans, bien portante, célibataire, secrétaire au Syndicat patronal des produits chimiques.

Eva, trente-cinq ans, mariée. La famille n'a pas de relations avec elle, désaccord à cause de la mère.

- Edmond, trente-deux ans. Entérite chronique ; marié, pas d'enfant, femme malade, mauvais ménage. Profession comptable.

Un cinquième enfant mort-né.

Une sœur de la mère aurait été internée pendant deux mois. *Renseignements donnés par la sœur du malade (Germaine Ter...) le 12 août 1934 :*

Mère : esprit de domination. Méchante. Une sœur de la mère a fait un séjour à Sainte-Anne il y a trois ans (histoire d'ondes de T. S. F.). Très dépen-sière.

Au sujet d'une autre sœur du malade (Eva) : le père a hésité de la reconnaître. Comme Eva avait été mise en nourrice celle-ci l'aurait probablement échangée contre son propre enfant. « Elle n'a d'ailleurs jamais rien fait ».

Au sujet du malade : Ter... a été un enfant très sage, très sensible et qui manquait de tendresse. Souvent triste mais ne

pleurait pas, se retenait. Il comptait beaucoup sur sa sœur Germaine. Serait né « dans de mauvaises conditions ». Souffrance du fœtus. Crise émotive à six ans. Au cours de l'adolescence vertiges. Ne sortait jamais sans canne. Sujet à des crises syncopales. Crises d'entérite. Etudes très décousues. Pendant son adolescence prenait très à cœur les conflits avec la mère. En souffrait. Il partit en province. Grosse déception sentimentale vers seize ans : il s'agit d'une amie d'enfance qui s'est fiancée très jeune. Pendant sa jeunesse a été à plusieurs reprises sous-alimenté. Il dépensait beaucoup avec des petites amies et mangeait très irrégulièrement pendant la semaine.

A. P. — Ter... était ours étant jeune, peu sociable. Convulsions entre cinq et dix ans. Syncope : « tout à coup dans la rue je cherchais où je me trouvais et je perdais connaissance. C'est arrivé trois ou quatre fois ». Confusion subite ; il a pu lui arriver de tomber et de reprendre connaissance.

Studieux. Obtient son certificat d'études. A suivi en 1914 les cours des travaux publics. S'en est dégoûté à cause du « bricolage » qu'ils nécessitaient.

Parfois émotif et assez inactif. Il ne nourrit pas de haine pour sa mère mais lui garde rancune. Il l'a rudoyée parfois quand il la voyait insulter son père. Grande affection pour celui-ci. A vécu jusqu'à vingt-neuf ans avec sa famille. Il est dessinateur d'architecte. A gardé sa dernière place pendant sept ans. L'a quittée à cause de contrariétés.

Vie sexuelle. — Début des préoccupations sexuelles véritables à dix-sept ans. Commence à se masturber entre treize et quatorze ans. A treize ans pendant des vacances il dansait avec des fillettes pour lesquelles il se sentait pris d'une vive sympathie. Erections. Sentiment de culpabilité, il voulait tout dire à son père mais ne l'a pas fait par pudeur. Placé en apprentissage chez un homme de vingt-neuf à trente ans, il lui fait part de ses angoisses et lui pose des questions. Cet homme l'a masturbé et lui a enfoncé un doigt dans l'anus. Pas d'éjaculation. Cela s'est passé deux fois. Lui-même a essayé de faire la même chose, mais sans résultat. Il est timide

avec les femmes. A partir de dix-huit ans, il se masturbe environ une ou deux fois par jour, le soir au lit.

Vers 1913 a connu une bonne, est allé deux fois avec elle, mais n'a pas continué, car elle lui paraissait malpropre. Odeur de femme peu soignée.

Liaison plus durable vers 1916. A connu une jeune fille russe au quartier latin. Bohême pauvre. Il ne recherchait en elle que la femme. Elle n'était pas très favorisée physiquement et très bourgeoise de caractère.

Fin 1919 ou 1920 il fait la connaissance d'une petite ouvrière. Ne la voyait pas suffisamment. Il ne se la rappelle que très imparfaitement. Il la voit toujours sans sourcils.

Il la quitte pour une autre qui ne veut pas lui céder. Il veut reprendre la précédente qui refuse. Il est très déprimé à cette occasion.

Après il fait la connaissance d'une femme de chambre (vers 1922-1924). Il appuie toujours sur le fait qu'il aurait voulu faire davantage pour ses amies. Mais la gêne matérielle l'en empêcha. Il ne s'est pas marié à cause de sa famille.

Puis il a une liaison avec une Tchécoslovaque de 1926 jusqu'en 1928 ou 1929. Liaison intermittente, désaccord. A pensé aussi au mariage au début, mais elle avait refusé. Puis elle s'est trouvée dans l'embarras et c'est elle qui lui a demandé le mariage. Il avait changé d'idée et pour couper court il rompit.

Depuis, il n'a plus connu de femme et n'a eu que des ennuis. Il n'a eu des relations qu'avec des prostituées, mais six fois au maximum. Il n'a plus essayé d'avoir de relation depuis un échec. Il y a de cela dix-huit mois à deux ans. D'ailleurs il précise qu'il y avait toujours eu chez lui « une crainte, un souci ». Il gagnait pourtant assez bien sa vie (50 à 60 francs par jour). Déjà depuis sa dernière liaison il se sentait épié. Il avait la certitude qu'on le « repérait ».

Histoire de la maladie. — Nous voyons donc que la maladie ou tout au moins certains symptômes étaient apparus depuis assez longtemps. Nous y reviendrons d'ailleurs avec plus de précisions en reproduisant les interrogatoires du malade à l'asile clinique.

D'après ses propres dires, il n'a jamais parlé de ses histoires avant janvier 1933. D'ailleurs il commença à se détacher peu à peu de sa famille. Il effectua un séjour assez prolongé à Metz et pendant la dernière année de ce séjour (vers 1931) il n'écrivait presque plus. Au Jour de l'An 1933, il n'a pas pris part à la réunion de la famille. Entre temps, il remarquait déjà que les gens dans la rue, dans son bureau s'occupaient de lui. Il surprit un coup de téléphone du patron au frère de celui-ci, où il s'agissait de l'envoi d'un encrier et d'un parapluie peinturluré. Il eut une discussion avec son patron en lui déclarant qu'il prenait mal la plaisanterie. Il interprétait également à sa façon des prétendues paroles, il constatait une inquiétude des secrétaires de son bureau à son approche.

Il n'a jamais fait aucune confidence à sa sœur. Il prétendait qu'on était au courant de tout par T. S. F., téléphone ; d'ailleurs quand il était chez sa sœur il ne pouvait supporter le téléphone. Il entendait souvent dans la rue des mots qui se rapportaient à ce qu'il avait dit. A table on lui chauffait sa chaise. Il ne voulait rien expliquer à sa sœur prétendant qu'elle était au courant. Il a très bon appétit et aime beaucoup la bonne chère.

Ne travaille plus régulièrement depuis un an. Se négligeait après avoir été très méticuleux. Mal tenu. Ne dormait pas la nuit. Se couche tard et se lève tard.

Enfin, il va à Henri-Rousselle pour se plaindre des agissements dont il fait l'objet. De là, il est finalement admis à l'Asile Clinique avec le certificat d'entrée mentionnée plus haut.

Certificat immédiat, le 11 août 1934... est atteint du délire paranoïaque des masturbateurs. Il y a quelques années, lettre à un chef du bureau dans laquelle il se dénonçait. Divulgateur. Depuis, surveillance, commentaires, allusions. Mécanisme interprétatif. Hallucinations verbales probables. Troubles sensitifs, algies, céphalées. Emotivité, Subanxiété. A observer.

Signé : Docteur L. C.

Interrogatoire du malade le 11 août 1934 :

Ter... a écrit une lettre sous forme humoristique racontant sa vie. Cette lettre a été rendue par le destinataire (son ancien chef de bureau) et il l'a brûlée. Mais cette lettre n'en a pas moins été publiée : « elle a été divulguée, j'en sens l'écho ». Il entend tout le temps des plaisanteries à ce sujet. A Paris on se moque partout de lui. Il a surpris des regards ironiques, des quolibets. « On te révélera toi-même ».

Tout ce qu'il faisait chez lui était intercepté. Quand il sortait, on faisait allusion à ce qu'il avait écrit. Il a les bourses qui tombent. Le malade parle avec anxiété. Partout où il va il est surveillé, même en promenade en plein bois. Il lui est arrivé de faire dans ces conditions ce qu'il faisait chez lui. On n'y a pas fait allusion mais il a entendu une voiture « dont on faisait exploser les gaz d'échappement comme exprès ».

Chez lui on commente constamment ce qu'il fait ; une fois il « les » a bien vus : c'étaient des ouvriers qui étaient « à hauteur du rez-de-chaussée ». Par moments il percevait des bribes de leur conversation, à d'autres moments tout.

Il sait que « ça » fait quelquefois disparaître la raison.

Vers 1924, il voyait déjà quelque chose qui l'inquiétait : une perte de liquide incolore qui se produisait quand il se trouvait dans la foule, en public. Il émanait de là une « odeur ». « C'est cette angoisse qui m'a fait commettre cette imprudence ».

Vers 1929 il croit remarquer dans son bureau une certaine « inquiétude » ; il regarde les gens plutôt froidement, avec une expression irritée. Il croit surprendre des propos, des « reniflements », des provocations, à tort ou à raison. C'est à cette époque qu'il écrit la fameuse lettre à son chef de bureau, car il « a toujours eu le sentiment de la hiérarchie ». Il n'avait d'ailleurs aucun sentiment équivoque pour celui-ci. C'est à cause de cette lettre que tout le monde a acquis la certitude des faits. S'il devait se marier, il se confesserait, pour se conformer à l'usage. Mais cela serait sans aucune utilité, tout étant connu.

Il y a quelque temps, il a fait une visite à Notre-Dame-de-Lorette en souvenir d'une jeune fille qu'il a connue il y a peu

d'années. Il désirait l'épouser, mais par suite de sa timidité et de son manque d'assurance rien n'a pu être réalisé.

22 août 1934. — Ces jours derniers le malade a fait un épisode abdominal assez indéterminé : douleur, température : 39°6 le premier jour (15 août), puis descente à la normale. contracture locale, pas de localisation de la douleur, teint subictérique net, acétonurie et urobilinurie.

Au cours de cet épisode, il intégrait son état dans son délire, déclarant qu'on lui envoyait des courants électriques qui en étaient responsables.

Certificat de quinzaine, le 24 août 1934. — ...est atteint de délire paranoïaque à thème de persécution : depuis 1923, allusions constantes à sa vie intime et à ses habitudes de masturbation, commentaires, lazzis. Mécanisme surtout interprétatif, hallucinations auditives probables. Troubles parés-thésiques en relations avec ses interprétations ; piqûres, brûlures, chatouillements. Activité délirante persistante. A maintenir.

Signé : Docteur D...

25 août 1934. — Tout à fait remis au point de vue abdominal. Ne dit plus qu'il s'agissait de rayons — mais pense que le mal s'est anormalement prolongé, qu'il a du être provoqué par l'effet combiné de médicaments pris à Henri-Rousselle (sans accuser personne de l'avoir fait volontairement).

Ce qui l'avait déterminé à ce plaindre et à venir à Henri-Rousselle, c'est une série de persécutions (il emploie le mot), de provocations journalières, de lazzis.

Il a eu en 1923 une rechute de blennorrhagie qui a amené une odeur à la verge qui a été remarquée et dont on s'est moqué par allusions. Ses collègues au bureau disaient à une autre table : « Les cochons comme cela on devrait les tremper dans le bassin des Tuileries pour les nettoyer ». Toutes ces réflexions n'étaient jamais faites directement ; son nom n'était jamais prononcé. C'est à la suite de ces réflexions qu'il a écrit la lettre qui a été divulgué. On se moquait aussi de ses habitudes de masturbation. On se moquait de son allure rigide en disant qu'il était « toujours raide » avec un sous-entendu grivois qui était une allusion à sa vie génitale.

Il se rebellait, il dit avoir eu l'impression d'être « en liberté surveillée ». On connaissait ses actes et les commentait le lendemain au bureau ; on y faisait des allusions par des dessins : s'il s'était masturbé la veille, il trouvait sur son bureau une araignée dessinée, ou un chapeau, pour signifier qu'il « avait une araignée dans le plafond », qu'il « travaillait du chapeau » etc... Il parle aussi de « racontars » qui étaient diffusés par T. S. F., qu'il n'entendait pas (quelquefois en passant devant un appareil de T. S. F. il écoutait, mais n'entendait pas tout, car des gens fermaient les appareils), mais à quoi on faisait ensuite des allusions. Toutefois, il affirme ne jamais rien avoir vu dans les journaux.

Ses bourses sont descendues, on a dû provoquer cela par des courants. Il a ressenti des petites chaleurs au ventre le lendemain d'une masturbation, « pour lui faire comprendre qu'on n'ignorait rien de ce qu'il avait fait », et en guise de sanctions on lui donnait des érections involontaires. Il a ressenti aussi des piqûres aux pieds. Ce sont des voisins d'immeuble ou d'hôtel qui « lui font des misères ». Dans un hôtel où il habitait, il entendait retentir des étincelles sur les cloisons. Il s'est plaint, cela a cessé. Il a ressenti aussi des courants dans l'anus, lui donnant des chatouillements.

C'est lui-même qui est venu à Henri-Rousselle ; il n'a pas fait de démarche au commissariat.

14 décembre 1934. — Crise d'anxiété, énorme tremblement émotif. Il se plaint qu'on lui envoie des courants électriques qui lui gonflent les bourses et le martyrisent. Dans la cour les infirmiers se promènent avec des microphones pour savoir tout ce qu'il dit, tout ce qu'il pense. Il ne les a jamais vus, car ils s'enfuient dès qu'il s'approche d'eux. Il supplie que l'on fasse cesser tout cela.

28 décembre 1934. — Même état. On crie son nom dans la cour au milieu de rires et de mots à sous-entendus. Préoccupations hypocondriaques, surtout quant à sa constipation qu'il attribue à des rayons envoyés à distance. Tremblement toujours très marqué.

Le malade est transféré dans un asile de la Seine avec le

certificat de transfert suivant, fait à la date du 29 janvier 1935:

Délire de persécution évoluant depuis plusieurs années ; à mécanisme interprétatif. Allusions, commentaires, moqueries. Phénomènes cénesthésiques. Hallucinations verbales. Dispositions paranoïaques, indocilité. A transférer.

Signé : Docteur J. B...

Commentaires

Une homme de 39 ans émotif, sensible, avec une forte tendance à la rétention intra-physique, privé de tendresse dès son enfance entre une mère paranoïaque et amoral, un père cyclothymique auquel il reste fixé, commence à se masturber ; ayant ressenti des érections en dansant avec une fillette entre 13 et 14 ans ; il se sent coupable et disposé à se confesser à son père. Il est initié plus tard par un homme d'une trentaine d'années qui, en même temps qu'il le masturbe, lui introduit un doigt dans l'anus. Ce sont là des épisodes des phases normales d'onanisme et d'homosexualité, de développement, après lesquelles il a pendant plusieurs années diverses liaisons saines qui lui font abandonner l'onanisme.

La maladie continue insensiblement, les préoccupations en rapport avec la masturbation. Les premières réactions sont nettement primitives ; il écrit à son patron, figure paternelle, une lettre où il se dénonce ; la lettre lui est rendue, mais la déception de ses désirs conscients ou inconscients, le fait qu'il n'obtient pas les marques d'amour et de pardon qu'il attendait, lui font croire que la lettre a été divulguée : sur le fond de sentiments de culpabilité et de préoccupations hypocondriaques se développent des interprétations délirantes (ex. un épisode très vif, lorsque le patron téléphonant à son frère, il est question d'un encrier et

d'un parapluie, allusion à la pédérastie), de troubles de la conscience du corps propre (on lui fait descendre les bourses), d'idées de surveillance subie. Finalement la persécution réprobative aboutit à une sanction : il est rejeté d'un parti traditionaliste et accusé de s'être rallié à un parti révolutionnaire, nouvelle expression de la culpabilité envers le père et de la frustration subie de ce côté.

Au point de vue étiologique, nous trouvons tous les éléments relevés par KRETSCHMER : charges héréditaires, fatigabilité, caractère sensitif, milieu plus ou moins défavorable (surtout le milieu familial), persistance des habitudes de masturbation, informations pessimistes sur leurs effets.

Le diagnostic nous paraît devoir être celui de délire de relation des sensitifs. Il semblait s'agir d'une forme grave où la persécution tendait finalement à l'emporter sur l'auto-accusation.

Un trait particulier est la répétition de symptômes de la fixation homosexuelle au père.

Un autre trait est l'existence d'accidents syncopaux probablement de nature épileptique.

OBSERVATION N° 3

TYPE DE DÉLIRE DES MASTURBATEURS CHEZ UNE PARANOIAQUE HYPERSTHÉNIQUE

KR... Victorine, Mélina, Vve Ver. Née le 4 janvier 1899 à Paris, profession aide-cuisinière. Entre d'office à l'Asile Clinique Sainte-Anne le 27 mai 1935 avec le certificat d'entrée suivant :

...Dispositions érotomaniaques depuis 3 ans. Idées délirantes de persécution depuis un mois et demi. Interprétation morbides, puis automatisme mental. Idées actuelles d'in-

fluence. Le docteur S..., qui l'a remarquée lors d'une consultation à la Maternité, est venu à plusieurs reprises dans son quartier, lui a adressé des signes d'intelligence. Il lui en veut parce qu'elle ne lui parle pas. C'est un coureur. « Il a mieux que moi. » Dépit amoureux.

Il a organisé une « Maffia, pour se venger. On la suit dans la rue. Voix. Commentaires des actes. Réflexions sur sa personne physique. On l'accuse de masturbation, de sodomie avec un chien, etc... Hallucinations et représentations mentales vives à thème génital. On voit et on sait tout ce qu'elle fait et tout ce qu'elle pense. Leur pensée est plus forte que la sienne. On la contraint à parler, ou en l'empêche de penser, de se souvenir, etc... On lui affaiblit le cerveau avec des « rayons extérieurs », « inventions nouvelles ». On l'a « beaucoup abimée ».

Elément de dépression et d'anxiété. Méfiance. Inquiétude. Récriminations. Plaintes. Se dit perdue. Idées de suicide. Réticence, puis confiance relative. Rires par intervalles. Aménorrhée partielle. S'est présentée au poste de police pour porter plainte.

Signé : Docteur L.

A. H. Père décédé à l'asile de Fains d'une maladie de l'encéphale (63-64 ans). Mère Normande. Décédée (p). A vu sa mère il y a 18 mois. Pas de nouvelles depuis (a entendu dire qu'elle était morte). La malade est l'aînée de 3 enfants. Une sœur, 34 ans, bien portante, mariée, une fille. Un frère 30 ans, bien portant, marié, travaille dans le bâtiment, une fille décédée en bas âge.

A. P. A 12 ans, fluxion de poitrine, à 15 ans et demi premières règles. A 25 ans mariage. A 26 ans rhumatisme articulaire aigu.

Biographie. — Enfance à Paris et en Normandie à Sées (Orne). En nourrice en Normandie. Le père voyageait comme interprète. Sa femme le suivait partout. Quand les parents étaient de retour, ils emmenaient les enfants à Paris.

A fréquenté l'école jusqu'à 13 ans. Pas de Certificat d'Etudes.

Pendant la guerre reste chez sa mère nourrice. Revient ensuite, 2 ans après la guerre, chez ses parents. Retour à Paris. Travaille comme serveuse dans des restaurants.

Se marie à 25 ans. Elle a connu son mari à son travail ; il était garçon de restaurant. Au bout de 6 ans de mariage elle accouche d'une petite fille, présentement en nourrice chez ses grands-parents paternels.

2 mois avant le mariage, accouchement prématuré (7 mois), d'un petit garçon qui vécut 24 jours.

Son mari s'est toujours plaint de maux d'oreille, d'abcès buccaux et est mort de mastoïdite en juillet 1934.

Situation avant l'entrée. — La malade travaillait toujours comme serveuse, faisait des extra. Elle ne travaille plus depuis 2 mois. Dernière place, rue de Flandre, dans une coopérative ouvrière communiste. Elle vit seule dans son logement. Se fait beaucoup de mauvais sang. Elle a des habitudes invétérées de masturbation.

Examen clinique à l'entrée. — La malade se montre réticente, réticence motivée par le fait qu'elle pense que tout le monde est au courant. Nous soupçonne d'avoir fait crier à la T. S. F. tout ce qu'elle a fait.

« Chez moi je passe pour folle, j'ai la siborrée dans le sang ». Dans la rue on la suivait, elle ne pouvait aller dans les bureaux de placement à cause de cela : « J'étais trop honteuse », mais elle devait se faire pointer à cause du chômage. Au chômage les gens criaient qu'elle était une « masturbe » et toute sa famille aussi. Que son père et son frère avaient été en prison. On l'a aussi accusée de rapports sexuels avec un chien. »

« On a affaibli mon cerveau deux ou trois jours et on me forçait à penser certaines choses : la masturbation avec le chien ; si bien que j'ai fini par me mettre ce chien dans la tête que je ne peux plus m'en débarrasser ». Chez elle on savait ce qu'elle faisait par le moyen des rayons artériens.

On lui envoyait ces rayons pendant la nuit, pas pendant la journée. On faisait des essais sur elle pendant son sommeil. « On disait que c'était moi qui sentait mauvais à cause

de la transpiration, de la siborrée. On m'a abimé le moral. »

Elle a entendu huler que la masturbation rendait fou. Elle ne s'en est jamais trouvée malade.

« Je ne m'en suis jamais rendue malade de mes habitudes. de masturbation ; le médecin devait connaître ces habitudes. Un docteur doit connaître une personne qui se masturbe sur sa figure. »

Le docteur B... l'a examiné lors de sa grossesse à Lari-boisière. « Il a l'habitude, il était après moi comme après d'autres. Il en connaissait deux avant. Je crois que c'est cet homme, je ne me suis pas retournée. » (La malade a visiblement peur de s'être trompée.) « Il est déjà connu pour certaines choses, il l'a fait à d'autres, il voulait me débrouiller et trouver à me marier » (p).

D. — Il n'y a rien de mal à celà ?

R. — Non...

D. — Que lui reprochez-vous ?

R. — On s'est toujours caché de moi. Je ne veux pas trop m'avancer... j'en ai été la victime... je ne suis pas malade... pas aliénée, ni rien du tout... il m'a fait du tort en criant paatout que je me masturbais, que j'allais devenir folle. Et puis, j'ignore son motif, je préfère me taire.... C'est la vérité, n'importe qui peut l'entendre. » La malade affirme sa conviction, qu'elle entend, qu'elle est normale parce qu'elle entend : ce sont ceux qui parlent qui ne sont pas normaux.

« Ça ressort plutôt de la justice. Je porterai plainte, il y aura bien quelqu'un pour moi. »

Certificat immédiat, 28 mai 1935. — ...Présente des idées délirantes de persécution avec érotomanie. Un médecin, le Docteur B... a commencé par lui faire des signes à la consultation de la Maternité, il y a trois ans, puis l'a suivie dans la rue ; évincé, a organisé contre elle une « Maffia » ; on l'observe et on la surveille sans cesse ; on est au courant de ses pensées, de ses gestes, de son passé, surtout de ses fautes sexuelles, on agit sur sa pensée, on veut la forcer à parler. Élément de dépression, d'anxiété, de perplexité et de doute. A maintenir.

Signé : Docteur Car.

3 Juin 1935. C'est toujours cette « maffia ». La malade défend sa lucidité ; sa plus grande maladie est d'avoir le sang qui circule mal : elle a toujours froid.

Début. La nuit, je crois. J'ai entendu des voitures qui se suivaient les unes derrière les autres. Je ne croyais pas que c'était de moi qu'il s'agissait, mais ensuite j'ai compris. On me faisait remarquer partout où je passais. Les commerçants sortaient. « Elle n'entend des voix que depuis 10 jours ; auparavant elle n'en entendait que sur son passage : « Un jour une chose, un jour l'autre. »

La malade insiste sur la difficulté de s'exprimer : « je me comprends, mais je me perds ».

Episode érotomaniaque. — La malade a vu le docteur B... sur son passage, il y a déjà bien longtemps, 5 ou 6 ans, peut-être plus. Auparavant elle habitait près de la gare de l'Est.

Elle le décrit comme étant très grand, pas très beau : « il est comme moi, il a des prétentions. » (On disait d'elle qu'elle était prétentieuse.) Une fois il lui aurait adressé la parole et serait venu la reconduire chez elle. Il ne lui avait pas dit son nom. Elle ne donne aucun détail sur la conversation, ils ne se seraient à peu près rien dit.

D. — En quelle année cette rencontre ?

R. — En 26, 27, 28.

D. — Plusieurs rencontres ?

R. — ...

D. — Une seule rencontre ?

R. — Oui, docteur.

D. — L'avez-vous encore rencontré après ?

R. — Non, je le voyais, mais je ne lui parlais pas, il a dû m'adresser quelques paroles, j'ai dû répondre, je ne m'en souviens plus. »

En 1931, elle déménage, va habiter dans le 18°. Elle continue à le rencontrer, l'hôpital Lariboisière n'étant pas loin de chez elle. Il lui faisait des signes des yeux, des bras, des signes d'approcher.

D. — Était-il amoureux de vous ?

R. (évasivement). — Je ne lui déplaisais pas.

En novembre 1931, elle va consulter à la maternité Lari-boisière. Elle est examinée par le docteur B..., qui la reconnaît. Après, elle le rencontre dans la rue : « Il connaissait mon adresse et venait fréquemment dans le quartier. C'est à ce moment (après l'accouchement), qu'il me faisait des signes d'approcher pour lui parler. » Mais elle était intimidée, n'étant pas sûre que les signes lui fussent adressés.

Il venait dans la maison, faisait du bruit. Restait derrière la porte sans frapper. Elle l'entendait parler : « Il m'expliquait qu'il me connaissait depuis longtemps, s'intéressait à moi, et me suivait. » Ces choses-là n'arrivèrent que le jour, jamais la nuit.

Il venait presque tous les jours. Le mari ne fut pas mis au courant. « Ça me laissait indifférente. »

D'ailleurs, il était connu dans le quartier. Elle ne le voyait plus depuis quelques temps. N'en a entendu parler que lors de l'organisation de la mafia qu'il a créé pour la « débrouiller », mais qui l'a plutôt embrouillée qu'autre chose. Il a dû changer d'idée.

« J'ai compris que c'était lui. Le reste, je suis encore à l'apprendre ; je n'ai rien compris et je n'y comprends rien. »

Les habitudes de masturbation. — 4 Juin 1935. — A l'âge de 13 ans, la malade a été initiée à la masturbation par une voisine de 3 ans plus âgée, chez laquelle elle se rendait l'après-midi ; celle-ci montait au premier, s'étendait sur un lit et se masturbait devant l'enfant ; mais elle ne touchait pas à elle, et à cette époque la malade ne se masturba pas. Elle ne parlait pas chez elle de ces choses ; les parents de l'une et de l'autre interdisaient aux enfants de se fréquenter ; cependant elle retournait de temps en temps chez la voisine.

A l'âge de 16 ans, elle commence à se masturber chez elle, l'après-midi, étant seule, sur un lit, donc dans des conditions analogues ; au début elle pensait aux scènes dont elle avait été témoin ; puis elle paraît s'être passée de ces réminiscences. Elle se masturbait environ deux fois par semaine,

poussée par le besoin sexuel ou par habitude. Elle connaissait peu d'hommes, se laissa embrasser par quelques-uns, mais rien de plus. Et ainsi (³) jusqu'à 25 ans, âge auquel elle se maria. Elle était sauvage.

Elle avait refusé plusieurs partis et ne se sentait pas très attirée par son mari, semble-t-il. Cependant le ménage s'entendait bien et elle ne se montra pas frigide. Toutefois ses habitudes de masturbation continuèrent, accompagnées, assez rarement, de rêveries plutôt pauvres.

Lorsque le docteur B... entre dans son histoire, il paraît avoir parfois joué un rôle dans ces rêveries. Il y intervint surtout lorsque la malade se mit à l'entendre. Il lui reprochait ces habitudes parce qu'elle s'abîmait les organes génitaux et le visage. Déjà auparavant elle avait entendu parler des inconvénients de la masturbation, mais ne paraît en avoir éprouvé aucun, ni physique ni moral. Elle se reprochait plus ou moins ces habitudes, voulait y renoncer, avait fait quelques efforts dans ce sens. Mais ces réactions ne sont devenues efficaces que quand elle commençait à s'entendre traiter de « masturbe ».

Remarque. — Tout ce récit a été reconstitué surtout à l'aide de réponses monosyllabiques aux questions posées. La malade se montre réticente, gênée, s'oppose à ce que nous prenions des notes. De temps à autre elle sourit, donne pour explication qu'elle a le défaut d'avoir plusieurs idées à la fois ; sur notre insistance répond que dans la cour on l'a traitée de « masturbe ».

Certificat de quinzaine, 10 juin 1935. — Présente un délire de persécution avec pseudo-hallucinations auditives, sentiment d'influence et de perturbation psychique provoquée. Eléments délirants en rapport avec un complexe de masturbation. Données érotomatiques : un médecin qui l'a poursuivies. (Thème correspondant à une période surtout interprétative.) A organisé contre elle une « maffia ». Débilité foncière. A maintenir.

Signé : Docteur Car.

11 juin 1935. — « Ça continue toujours. »

« La maffia continue toujours, c'est continué. » « J'ai les artériennes ou astériennes sur mon lit : Je vous entends très bien parler à distance sur mon cas ; vous prenez des notes. »

D. — Moi-même ?

R. — Je ne sais pas, je ne reconnais pas bien les voix..

D. — Aussi bien que je vous parle là ?

R. — Non, c'est moins fort.

« On fait des essais sur moi ; j'ai perdu la mémoire ; je ne me souviens plus de rien. »

D. — Pour ne pas en dire trop ?

R. — C'est ça. C'est tellement compliqué que j'en perds mon latin, je ne suis plus moi-même. Je ne sais plus m'exprimer... « On me donne l'Encéphale.... J'ai entendu une infirmière dire qu'on me soignait pour l'Encéphale... »

D. — On vous retire vos pensées ?

R. — Oui.

D. — Vos souvenirs ?

R. — Oui, justement.

D. — On vous donne des pensées qui ne sont pas de vous, on vous force à faire des choses ?

R. — Oui, pendant toute une matinée ils me répétaient que je m'amusais (sexuellement) à l'âge de 11 ou 12 ans avec un chien.

D. — Comme je vous parle ?

R. — Non, je vous l'ai dit ; c'est à distance, c'est moins fort.

15 juin 1935. — Essaie de nier les voix, mais déclare que la maffia existe toujours.

22 juin 1935. — Entend un médecin qui lui dit : « Si vous avez mal à la tête, il faut que l'on vous soigne. » Les étudiants du dehors font des essais sur les malades.

D. — Moi, je n'ai rien entendu.

R. — (Sourit...)

Ils font des essais sur moi. J'ai la tête malade, je ne puis bouger, ne puis rien faire. Je ne veux surtout pas qu'on me fasse passer pour folle. Je préfère partir. J'irai à la maffia, au Procureur de la République. Et je vous assure que ça ne recommencera plus.

D. — Comment ferez-vous pour trouver la mafia ?

R. — Je regarderai sur le Bottin. Et puis j'ai entendu dire que c'était pour essayer une manivelle, un appareil électrique, qu'on m'envoyait ici.

D. — Quel appareil électrique ?

R. — Des rayons artériens, astériens.

D. — Ar ou as ?

R. — Je ne sais, la nouvelle invention... ce sont des choses que vous savez mieux que moi...

D. — Et pourquoi vous ferait-on ces rayons ?

R. — Me sachant veuve, on voulait m'en tirer d'affaire, en me trouvant un mari, me débrouiller.

24 juin 1935. — Agitée, mécontente (réactions en quelque sorte légitimes d'ailleurs : a été appelée trop souvent pour s'entretenir avec nous).

Depuis la mort de son mari, ne s'est masturbée que quatre fois. Au moment de la mort du mari elle ne pensait plus au docteur B...

Le docteur B... tient une maison de rendez-vous où il aurait voulu l'attirer.

En réalité, il y a deux mafias. La seconde est dirigée par l'inventeur de la machine à capter les rayons artériens.

La malade est très sthénique. Menaces de suicide. L'essai patient d'exposé du point de vue médical montre l'impossibilité de se placer au point de vue d'autrui. La malade est engagée à fond dans le drame vécu. Réclame sa sortie, un avocat, des juges. Veut porter plainte au Procureur. Impossibilité de quitter le plan du drame vécu et d'accéder même sans acquiescement au plan de la maladie.

4 juillet 1935. — Crise émotive violente. Depuis hier refuse de s'alimenter. Alimentée par force, se plaint de la brutalité des infirmières.

Elle se plaint également qu'on l'eut convoqué là-bas et qu'on l'eut envoyée à l'isolement (agitée, injurieuse depuis quelques jours).

L'activité hallucinatoire dure et même s'accroît. « On m'enlève la facilité de vous le dire... tout se brouille. »

« Laissez-moi partir chez moi .On m'a assez diffamée et traînée dans la boue. Ce sont les juifs qui me valent cela.

« On m'a assuré que c'était un juif qui a pris sur lui de faire des faux papiers pour que la police puisse me donner à la Médecine. Je l'ai entendu dire chez moi par des voisins.

« Je ne demande qu'à pouvoir me disculper ; non me disculper (je n'ai rien à me reprocher), mais pouvoir porter plainte.

Je ne suis pas dans mon état naturel. Enlevez-moi les ondes artérielles qui me parcourent le corps ; je serai moi-même et vous verrez ce que je peux faire.

« Je ne suis pas ici pour servir de mannequin. Ce sont des êtres qui sont ici payés par la Médecine pour laisser faire des essais sur eux. »

Continue à pleurer à chaudes larmes, avec des fréquents sanglots. Elle ne veut rien entendre pour le moment. Nous fait des reproches directs : « Vous lisez dans leur esprit et vous m'envoyez là-bas. »

5 juillet 1935. — La malade est calmée ; revenue dans le service.

8 juillet 1935. — La malade se montre calme depuis son séjour à l'isolement, mais l'activité hallucinatoire persiste. Elle se plaint d'échos de la pensée et des phénomènes satellites. On la traite toujours de « masturbe ». Se plaint notamment des « contrôleurs de rondes » qu'elle entend parler lorsque les veilleurs viennent se faire contrôler.

24 juillet 1935. — Activité hallucinatoire persistante.

3 août 1935. — Dort mieux. On ne la « trafique » plus : on la réveillait tous les quarts d'heure en faisant faire des « réflexes » à son cœur. Elle a eu même le cœur fatigué pendant quelques jours.

« Le jour je n'entends plus les rouleaux, je n'entends plus rien. Les rouleaux enregistreurs de la pensée... mes pensées étaient répétées, mes actes répétés. On ne répète plus mes pensées. Ceci était vrai, ce n'était pas de l'imagination. Ce sont des micros, de nouvelles inventions. »

Elle n'entend plus d'injure.

La malade paraît effectivement beaucoup plus calme et détendue. Il y aurait dix jours que cela n'existe plus.

Règles irrégulières, mais peu abondantes. Excitation sexuelle au moment des règles ; pas de masturbation selon la malade .« D'autres l'on fait plus que moi et ne se sont pas fait arrêter.

La malade conserve son entière conviction en ce qui concerne les explications et les expériences délirantes.

5 août 1935. — La malade reçoit la visite de sa sœur qui soutient qu'elle n'entendrait plus de voix ; la sœur a entendu dire qu'elle buvait. La sœur, qui habite Le Mans, propose de prendre la malade chez elle pendant quelques mois.

31 août 1935. — Toujours délirante et sthénique. Déclare qu'elle ne ressent plus rien, qu'elle n'entend plus les voix, ni le « rouleau enregistreur de la pensée », mais persistance d'une conviction entière et active : veut porter plainte en sortant d'ici ; on l'a fait enfermer alors qu'elle n'était pas malade. Ces voix existaient bien. Elle veut élucider cela.

Au sujet du docteur B... : « Ce n'est pas son nom, ce sont les voix qui lui donnaient ce nom-là, je veux éclaircir cela, qu'on nomme d'urgence un expert... » etc...

13 octobre 1935. — Même état. Très sthénique. Le processus hallucinatoire n'est plus en activité, mais les mouvements et les explications délirantes persistent. Demande enquête et expertise ; portera plainte.

10 janvier 1936 (Cas Ver). — Examen par M. le Professeur Claude.

D. — Comment allez-vous ?

R. — Je vais bien, M. le Professeur.

D. — Vous ne pensez plus à toutes ces histoires ?

R. — Plus du tout.

D. — Et la mafia ?

R. — C'était pas un mot si mal inventé. C'était la vérité. Je m'exprime très mal (Sourire). Personne ne fait rien contre moi. J'ai trop parlé. Je ne suis pas persécutée.

D. — Vous êtes méchante ?

R. — Je ne l'ai pas été assez. Je n'ai jamais été amoureuse de cet homme-là. On s'amusait de moi. J'étais seule et puis voilà tout. J'ai entendu des cris venus par les ondes... je n'ai pas rêvé. Ce n'était pas incohérent. J'entendais des rapports de Police par les ondes. Je n'entendais que ça (masturbation). Il me semblait que tout mon entourage l'entendait. J'ai pu très bien me tromper sur ce docteur. Il faut passer par ces choses-là pour savoir ce que c'est. Ça commençait à 5 heures et demie jusqu'à 7 heures du soir.

9 mai 1936. — La malade a pris de l'embonpoint ; aménorrhée. « On m'a déminéralisé le cerveau... cet hiver encore. »

D. — Entendez-vous toujours vos voix ?

R. — Non Docteur, j'ai eu assez de volonté pour ne pas les entendre.

La malade compte aller passer quelques jours chez sa sœur et trouver du travail.

« J'ai eu du délire occasionné par ce qu'on me faisait avaler. La cuisinière s'était trompée de verre, avait pris mon verre pour le sien et le lendemain elle a vu de drôle de choses. »

Elle a toujours l'intention de porter plainte. « Je voyais ces hommes comme je vous vois... j'étais comme dans un songe. »

La malade est très sujette à la réticence.

Le 22 mai 1936, la malade écrit la lettre suivante adressée au Commissaire de Police :

« Monsieur le Commissaire de Police, ayant appris par mon frère l'enquête que vous avez bien voulu faire sur ma personne, ci-devant locataire 53, rue Léon, internée depuis le 27 mai 1935, qui ont put vous permettre d'apprendre sur quel guet-appens je suis tombée et je m'entiens toujours cette plainte.

« Je vous remercie infiniment, Monsieur le Commissaire, de votre bienveillance, et aussi de m'avoir proposé un avocat. J'espère sortir à la fin de ce mois, mais si cette sortie tardait encore longtemps j'y aurais recours.

« Monsieur le Commissaire, veuillez recevoir mes sincères salutation et remerciements. »

« Signé : M. Ver. Clinique du Professeur Claude, 1, rue Cabanis, Paris. »

17 juillet 1936. — « A mon arrivée ici, j'étais normale. J'allais à mon commissariat à cause de la transmission de pensée. Ici encore on me pique le cerveau pour me faire ronfler. Depuis l'hiver dernier, la transmission de pensée est arrêtée. Tous les renseignements sont au commissariat de de mon quartier. En sortant d'ici je demanderai conseil. C'est le docteur B... qui a fait ce qu'il fallait pour me faire enfermer. Au 120 de la rue Blanche, tout le monde est au courant. Tout cela est tellement subtil. Je ne ferais jamais une chose qui ne doit pas se faire tout au moins sans le vouloir. A la sortie d'ici, j' abandonne tout grief. J'abandonne les vérités.

D. — Quelles vérités ?

R. — Les choses que j'ai subies 120 rue de Blanche. Elles sont douze filles de salle. Elles faisaient tout ce qu'il faut. Si vous voulez savoir, réclamez les renseignements juridiques du commissariat de mon quartier. »

Disparition de l'activité hallucinatoire. Activité délirante entière. Sthénie marquée. Léger élément d'excitation intellectuelle.

La malade fut examinée plusieurs fois avant son transfert, en particulier à l'occasion de lettres de sa sœur qui demandait à la prendre chez elle. La malade ne l'entendait d'ailleurs pas ainsi et ne voulait faire chez sa sœur qu'un séjour rapide et vite revenir à Paris pour gagner sa vie et celle de ses enfants.

Au cours de ces entretiens, elle se forçait de se contenir et de faire bonne impression, mais dès que, sortie du cabinet du médecin, elle se retrouvait dans la cour, elle laissait éclater son ressentiment contre le médecin qui la retenait. Sa colère était très vive, ses soliloques passionnés se prolongeaient pendant une partie de la journée.

Certificat de transfert : 17 juillet 1936. — Présente un

délire de persécution consécutif à un syndrome érotomaniaque avec idées d'influence. Persistance des hallucinations cénesthésiques exprimées actuellement avec réticence. Ton sthénique. Fonds paranoïaque. Peut être transférée.

Docteur Rub.

La malade a été transférée à Ville-Evrard le 23 juillet 1936.

(Nous avons maintenu l'orthographe un peu spéciale de la malade.)

Commentaires

Résumé. — Une femme de 36 ans, ayant assisté à l'âge de 13 ans à des scènes de masturbation, elle commence elle-même à se masturber à 16 ans, sans excès. Peu attirée par les hommes, elle a ses premiers rapports hétérosexuels à 25 ans avec son mari, mais ne renonce pas à ses habitudes solitaires. Après un examen gynécologique, elle s'éprend, vers 30 ans, du médecin qui l'a examinée et entend celui-ci, entre autres propos, lui reprocher de s'abîmer par la masturbation. A 35 ans, elle perd son mari. Elle est seule, travaille pour élever son enfant. En chômage en 1935, un peu avant le début du délire. Le thème du délire consiste essentiellement en ce que le médecin, amoureux repoussé, se venge en organisant une mafia qui crie à tous les vents qu'elle est une masturbatrice. On lui agit sur le cerveau au moyen de « rayons artériens » : écho de la pensée, paroles imposées, inhibitions diverses, les réactions sont anciennes, les unes dépressives, les autres sthéniques (plainte au commissaire). Au bout de quelques mois les hallucinations, les phénomènes de l'influence disparaissent, mais au bout de plus d'un an la malade reste très sthénique, très convaincue de la réalité de son délire et revendicante. Elle est imperméable à la psychothérapie.

Diagnostic nosographique. — Il ne s'agit pas d'une psychose schizophrénique, étant donné l'absence de signes de dissociation et de discordance. Le contact avec le monde extérieur est très bien conservé. Le contact avec l'interlocuteur n'est limité que par l'intelligence médiocre et la sthénie de la malade.

Si nous éliminons un processus schizophrénique progressif, on peut en revanche se demander s'il ne s'agit pas d'un processus psychique circonscrit dans le temps comme dans ses effets. Nous avons vu, en effet, que l'activité hallucinatoire, les phénomènes d'influence avaient progressivement cessé. Dans de tels cas, lorsque le malade est assez intelligent et redevient assez calme, il est capable de prendre par rapport à ses conceptions et à ses réactions délirantes une attitude critique. Ici ce n'est pas le cas, tout au moins ce n'a pas été encore le cas. Mais le processus, si processus il y a, n'est plus en activité. Les attitudes de la malade par rapport au délire, pour défavorables qu'elles soient, n'en sont pas moins des attitudes compréhensibles. En somme la malade se comporte actuellement en paranoïaque revendicante par rapport à un dommage qui est l'expérience vécue du délire.

C'est cette attitude sthénique qui différencie le cas des cas typiques de KRETSCHMER, et non pas l'allure paranoïde que prend le délire au moment de l'internement KRETSCHMER souligne à diverses reprises qu'un tel tableau peut se trouver réalisé à l'acmé d'un délire de relation des sensitifs et même faire penser à une démence précoce.

Mais la malade se défend et attaque ; elle ne s'abandonne pas aux préoccupations hypocondriaques nées de la masturbation ni à la culpabilité ; la notion de la nocivité est restée sourde, sans cette révélation brusque qui est presque la règle dans le cas de sen-

sitifs. Ce n'est ni une persécutée hypocondriaque auto-accusatrice, ni un cas de relation des sensitifs.

Il y a un autre aspect par lequel le cas s'écarte du délire des masturbateurs type KRETSCHMER. C'est que le thème de la masturbation est intriqué à un thème érotomaniacque. Mais il y a parallélisme entre l'un et l'autre. Dès le début du développement érotomaniacque, l'objet reproche à la malade ses habitudes solitaires qui l'abiment. L'accusation d'être une « masturbatrice » apparaît comme une punition de préférer l'onanisme à des relations hétérosexuelles.

Ce conflit tire sa signification de la vie de la malade dans laquelle nous avons relaté les habitudes persistantes de masturbation contrastant avec la pauvreté des réalisations hétérosexuelles. Dans le conflit érotomaniacque même, la malade recule, est persécutée, et non persécutrice.

D'autre part, l'aiguïssement du délire à un moment donné est lié étroitement aux événements de la vie : solitude morale accrue par la mort du mari, insatisfaction aggravée peu avant l'internement par le chômage.

On pourrait dire que, par son contenu, le délire constitue une combinaison du délire des masturbateurs et du délire des vieilles filles (en ce sens que la femme nial mariée ou veuve se rapproche de la vieille fille).

De toute façon, nous avons largement montré les relations typiques que le délire soutient avec une situation typique.

Nous concluons que si la malade n'a pas réalisé malgré ces conditions favorables un délire des relations des sensitives, c'est qu'elle n'est pas du tout une sensitive. Tout au moins il existe chez elle une composante expansive, sthénique, agressive, très ac-

centuée qui explique l'attitude paranoïaque actuelle.

Le délire n'en constitue pas moins un délire de situation compréhensible et réductible dans une très large mesure à des réactions psychologiques à des circonstances données.

Au point de vue biologique, si l'hérédité est chargée (père mort d'une maladie cérébrale dont nous ignorons le diagnostic), nous ne trouvons pas non plus chez la malade la malléabilité spécifique des sensitifs.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une tradition paramédicale que nous avons appelée la tradition de l'onanisme croquemitaine, selon laquelle l'onanisme apparaît comme la source de presque tous les maux, en particulier des maladies mentales. Cette théorie est la réfraction, par la conscience médicale, des sentiments de culpabilité attachés à la masturbation. Abandonnée par les esprits critiques et informés, elle exerce encore des ravages à travers la « médecine populaire » et la littérature de vulgarisation médicale.

II. — Dès la seconde moitié du xix^e siècle, les aliénistes ont jeté les bases d'une doctrine scientifique, non influencée par la culpabilité liée à l'onanisme ; en insistant sur le fait que la masturbation intervenait beaucoup moins par ses effets organiques que par sa signification éthique et son retentissement intra-psychique. De ce point de vue, éliminant les tableaux cliniques où la masturbation ne joue un rôle que de contenu ou de cause occasionnelle, on doit considérer comme réactions psychologiques morbides à la masturbation les états psychopathiques en relation avec cette pratique au triple point de vue du contenu, de l'évolution et de l'étiologie.

III. — Ces réactions psychologiques morbides existent déjà dans la conscience du sujet normal chez lequel on voit fréquemment s'ébaucher les sentiments

de culpabilité, des préoccupations hypocondriaques, se projetant socialement dans la crainte qu'on ne puisse déceler sur le visage les indices irrécusables de la faute sexuelle.

IV. — Il y a continuité entre ces réactions normales et les types cliniques de délire des masturbateurs distingués par KRETSCHMER : la névrose de relation qui en est une forme bénigne, initiale ou résiduelle ; le délire de relation des sensitifs, forme plus grave mais guérissable, pouvant réaliser un syndrome d'action extérieure typique et faire redouter l'évolution vers une psychose discordante ; le délire paranoïaque où la sthénie du sujet est une condition favorable à la chronicité. De ces trois formes, nous avons donné des exemples personnels.

V. — Au point de vue nosographique, KRETSCHMER groupe ces états dans le cadre du délire de relation des sensitifs, avec d'autres états analogues, en particulier le délire des vieilles filles. L'essentiel de sa conception se résume en ce que le délire de relation des sensitifs est une réaction de la personnalité, « la tension de l'auto-affirmation en position humiliante ». L'étiologie se partage entre les éléments suivants : lourde charge héréditaire, constitution somatique caractérisée notamment par la fatigabilité par le travail et par les affects, pression du milieu, événement vécu, caractère sensitif. Ce dernier facteur a une action prédominante : le délire est d'autant plus typique que le caractère est plus sensitif, c'est-à-dire que l'on y observe le jeu d'attitudes asthéniques subissant fortement l'action d'une contre-tendance athénique.

VI. — L'originalité de KRETSCHMER repose sur le regroupement nosographique de ces états et sur leur

interprétation caractérologique. Mais ces états étaient bien connus depuis longtemps aussi bien dans la littérature allemande que dans la française. En France, en particulier, ces états ont été considérés, d'une façon un peu vague, comme des « bouffées délirantes polymorphes des dégénérés » et d'une façon plus adéquate comme réalisant un type clinique spécial de paranoïaque auto-accusateurs, les « persécutés hypochondriaques auto-accusateurs ».

Gilbert BALLET, en particulier, dans sa communication au Congrès de Blois (1892), a parfaitement mis en lumière tous les éléments sur lesquels repose la conception de KRETSCHMER.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS (C. F.). — Mental results of sexual aberration. *Clin. Chicago*. 1904, XXV, p. 125 à 128.
- BALLET (Gibert). — Idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypocondriaques ou mélancoliques. *Congrès annuel de médecine mentale* (Blois (1892). Comptes rendus, p. 188-198.
- BOEHME (G. F.). — The rôle of masturbation in compulsion neuroses. *Interstats. M. T. St Louis* 1918, XXV, 701703.
- CLAUDE et SCHIFF. — Le délire d'interprétation à base effective (de Krestschmer) et ses rapports avec le syndrome d'action extérieure. *L'Encéphale* 1918, T. 1. p. 411.
- DOURSOUT. — De la folie des onanistes, 1880.
- GALANT. — Masturbation and austro-castration in cases of paranoïd forms of dementia praecox. *J. neuropat.* 1928 (21 p. 307-385).
- HESNARD. — Traité de séxologie normale et pathologique, 1933.
- JOZAN. — D'une cause fréquente et mal connue de l'épuisement prématuré. I vol. 1861.
- KRAFT-EBING. — Psychopathia sexualis. 1931.
- KRETSCHMER (Dr. E.) — Contributions à la question de la Paranoïa et à la Caractérologie psychiatrique. Marbourg 1927.
- LACAN. (Dr. J.). — De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité.
- LAMPL de GROOT. — Influence de la masturbation infantile sur le développement ultérieure de la personnalité. XXX^e Congrès International de psychanalyse, séance du 31 août 1934. *Rev. Française de psychanalyse*. T. VIII, N° 2, 1935.

- MEACHER (J.F.W.). — A study of masturbation and its reputed sequelae. *New-York wood*. 1924.
- ONEUF (B.). — On the rôle of masturbation, especially as applied to some psychoses. *Ur. et ct. Rev. St-Louis* 1917, XXI, 562-570.
- MALAMUD (W.), PALMER (G.). — Rôle played by masturbation in causation of mental disturbances. (*J. Uerv. et Ment. Dis.* 76 : 220-233, sept. 1932).
- POUILLET. — De l'onanisme chez l'homme avec une introduction sur les abus génitaux. 1897.
- ROBIN (G.). — L'onanisme chez l'enfant. L'évolution psychiatrique. 1929, n° 1, p. 87.
- SERIEUX. — Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. 1888.
- STONE (A.). — What about the evils of masturbation. *Clinical medicine and surgery*. Vol. 34, n° 2, nov. 1927. p. 819.
- TALMEY (B. S.). — Sexual problems of to day with a case of hysterical insanity caused by excessive masturbation. *N. Cork. M. J.* 1913, XCII, 1084-1088.
- TISSOT. — Traité sur l'onanisme (1764).

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. — Etude historique.....	1
1° La tradition de l'onanisme « Croquemitaine »....	1
2° Onanisme et délire dans la psychiatrie française au XIX ^e siècle : Gilbert Ballet	12
3° Onanisme et délire dans la psychiatrie allemande au XIX ^e siècle : Krafft-Ebing	21
4° La révision de Kretschmer : onanisme et « délire de relation des sensitifs ».....	35
5° Travaux récents de la littérature de langue anglaise	62
CHAPITRE II. — Etude clinique ; observations personnelles	64
<i>Conclusions</i>	95
<i>Bibliographie</i>	99



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



